

**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE**

RAPORT DE ACTIVITATE

ANUL 2008

I. CONTEXT GENERAL

Prin *Programul de guvernare 2005-2008*, Guvernul României își asumă și promovează democrația și valorile europene în scopul dezvoltării economice durabile a României, creșterii bunăstării cetățenilor și redobândirii demnității naționale.

În domeniul sănătății, Guvernul României își propune ca **obiective** prioritare:

- realizarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază
- creșterea calității vieții prin îmbunătățirea calității și siguranței actului medical
- apropierea de indicatorii de sănătate și demografici ai țărilor civilizate, în același timp cu scăderea patologiei specifice țărilor subdezvoltate

În sistemul de asigurări sociale de sănătate principalele direcții de acțiune din Programul de guvernare sunt:

1. Funcționarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate ca instituție autonomă
2. Crearea condițiilor necesare respectării principiilor de bază ale asigurărilor sociale de sănătate: universalitatea, solidaritatea, echitatea, nediscriminarea, transparența, și îmbunătățirea stării de sănătate a populației, creșterea calității vieții în condițiile compatibilizării sistemului sanitar românesc cu cel din Uniunea Europeană
3. Îmbunătățirea managementului și creșterea eficienței utilizării Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate
4. Îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale și medicamente, mai ales în zonele defavorizate economic, redresarea și dezvoltarea asistenței medicale din mediul rural
5. Dezvoltarea segmentului de asistență medicală primară
6. Creșterea gradului de acoperire cu servicii și a calității actului medical
7. Implementarea sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate
8. Măsuri pentru informarea și protecția asiguraților.

Măsuri întreprinse pentru realizarea direcțiilor de acțiune mai sus menționate:

1. Funcționarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate ca instituție autonomă

În conformitate cu prevederile Titlului VIII al *Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății* cu modificările și completările ulterioare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate **este instituție publică autonomă, de interes național care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate.**

În vederea îndeplinirii acestei misiuni, plecând de la prevederile H.G. nr. 1586/2007 pentru modificarea și completarea *Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aprobat prin HG nr. 972/2006*, s-a elaborat Ordinul președintelui CNAS nr. 15/2008 *pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a posturilor de președinți-directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, în vederea îndeplinirii indicatorilor de performanță, încheierea contractelor de management și evaluarea activității acestora.*

2. Crearea condițiilor necesare respectării principiilor de bază ale asigurărilor sociale de sănătate: universalitatea, solidaritatea, echitatea, nediscriminarea, transparența, și

îmbunătățirea stării de sănătate a populației, creșterea calității vieții în condițiile compatibilizării sistemului sanitar românesc cu cel din Uniunea Europeană.

- *Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății* stabilește ca obiective ale sistemului de asigurări sociale de sănătate protecția asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident și definește clar principiile pe baza cărora se pot realiza aceste obiective:
 - alegerea liberă a casei de asigurări de sănătate și a furnizorului de servicii medicale,
 - solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea fondurilor,
 - participarea obligatorie la plata contribuției,
 - participarea asiguraților, angajatorilor și a statului la managementul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate,
 - transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate și
 - libera concurență între furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate.
- În aplicarea principiului de universalitate, și a acoperii cu servicii a întregii populații, în anul 2008 s-a încheiat Protocolul privind schimbul de date cu Casa Națională de Pensii și Asigurări Sociale, în vederea îmbunătățirii bazei de date cu privire la asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate, iar derularea protocoalelor existente și-au produs efectele și în anul 2008.
- În vederea asigurării transparenței sistemului de asigurări sociale de sănătate, atât pentru președinții - directori generali ai caselor de asigurări de sănătate cât și pentru membrii consiliilor de administrație s-au luat măsurile legale pentru depunerea declarațiilor de avere și a declarațiilor de interese cu privire la incompatibilitățile prevăzute de lege, ale căror modele au fost aprobate prin ordin al președintelui casei naționale de asigurări de sanatate

3. Îmbunătățirea managementului și creșterea eficienței utilizării Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

- În scopul întăririi disciplinei financiar-contractuale s-a emis *Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 178/2008* pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prin care se definesc procedurile de control și aplicarea lor în mod unitar de către structurile de control care acționează în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, constatarea și sancționarea contravențiilor.
- Pentru urmărirea și gestionarea eficientă a fondurilor utilizate în asistența cu medicamente în tratamentul ambulatoriu, începând cu luna iulie 2008, raportarea activității unităților farmaceutice precum și decontarea prescripțiilor medicale s-a facut prin sistemul SIUI care a permis impunerea și respectarea la nivelul întregului sistem de asigurări sociale de sănătate a unor reguli de validare generale elaborate în baza actelor normative în vigoare.
- În vederea utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, si a aplicării unei metodologii unitare pentru asigurarea accesului asiguraților la medicamentele pentru care este prevăzută aprobarea acestora de către comisii de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prin *Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de sănătate nr. 814/2008 privind aprobarea regulamentelor de organizare și*

funcționare a comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru anumite boli cronice, respectiv DCI-uri prevăzute de Hotărârea guvernului nr. 720/2008 s-a stabilit modalitatea de funcționare a acestora și asigurarea tratamentului pacienților diagnosticați cu anumite boli cronice, în conformitate cu protocoalele terapeutice dar și cu bugetul aprobat.

- În anul 2008 s-a elaborat și *Ordinul nr. 1301/500/2008 al ministrului sănătății publice și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008.*

În plus, prin *Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 614/29.08.2008*, au fost înființate următoarele comisii de experți în vederea aprobării tratamentului specific în unele boli cronice:

- **Comisia Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea tratamentului Psoriazisului cronic sever**
 - **Comisia de specialitate de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind tratamentul în tulburările de nutriție și metabolism**
 - **Comisia de specialitate la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind tratamentul în infertilitatea de cauză hormonală**
 - **Subcomisia Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea tratamentului în Tumorile Neuroendocrine**
- În anul 2008 a fost elaborat *Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de sănătate nr. 99/2008 privind aprobarea regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și metodologia de evaluare a cazurilor invalidate care a stabilit o nouă clasificare a regulilor de validare și a metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea, astfel încât acestea să fie compatibile cu aplicația Australian-DRG versiunea 5 introdusă în semestrul II al anului 2007 și îmbunătățirea utilizării fondurilor alocate asistenței medicale spitalicești.*

- **Pentru îmbunătățirea managementului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, față de cele constatate pe perioada derulării contractelor în anul 2008 între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, în proiectele de acte normative elaborate în anul 2008 s-au introdus următoarele reglementări valabile pentru anul 2009:**

- penalități graduale la nivelul furnizorilor în cazul nerespectării obligațiilor contractuale la care nu se aplică în mod direct rezilierea contractelor;
- introducerea biletelor de trimitere către specialități din ambulatoriul clinic și pentru internare în spital ca formular cu regim special, unic pe țară;
- prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pe DCI care înlocuiește prevederea aplicată în anul 2008 de prescriere a medicamentelor sub forma de denumire comercială;
- serviciile medicale de medicină dentară efectuate în cabinetele de medicină dentară care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, nu mai sunt finanțate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, ci de la bugetul de stat, conform prevederilor *Legii nr. 95/2006 cu privire la reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare.

4. Îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale și medicamente, mai ales în zonele defavorizate economic, redresarea și dezvoltarea asistenței medicale din mediul rural

- Prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 162/2008 s-a modificat Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 559/2006 pentru aprobarea caracteristicilor tehnice și a modalităților de eliberare și utilizare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea modelului certificatului provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate, precum și a instrucțiunilor de completare și a modalităților de eliberare și utilizare ale acestuia; astfel s-a creat cadrul legal pentru asigurații care se află în ședere temporară într-un stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European de a intra în posesia *certificatului provizoriu* de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate în situația în care prezentarea cardului european nu a fost solicitat la plecare, a fost pierdut, furat, sau cardul nu este recunoscut de furnizorul de servicii medicale unde este prezentat.
- Prin Ordinul președintelui CNAS nr. 87/2008 s-a modificat și completat *Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 122/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte*. Acest act normativ a creat cadrul legal ca în condițiile în care asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se deplasează într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament medical (care face parte din pachetul de servicii de bază din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România), și nu au aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate, aceasta rambursează contravaloarea serviciilor medicale acordate și plătite de asigurați, la tarifele stabilite conform legislației din România.
- Prin Ordinul *ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.832/302/2008 pentru aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală* s-a avut în vedere îmbunătățirea accesului asiguraților la medicamente în tratamentul ambulatoriu și armonizarea formularelor de prescripție medicală cu cerințele care decurg din statutul României de membru U.E.
- Prin HG 324/2008 de aprobare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2008 și a normelor sale de aplicare aprobate prin Ordinul nr.522/236/2008 al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de asigurați înscriși pe lista proprie medicilor de familie prin „plata per capita” se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate (de regulă din mediul rural). Această reglementare privind excepția a avut în vedere atragerea medicilor de familie în zonele defavorizate și îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale;
- *Hotărârea Guvernului nr.324/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008*, cu modificările și completările ulterioare, prin care prescrierea medicamentelor sub forma denumirii comerciale a generat o altă modificare importantă care se referă la acordul asiguratului privind înlocuirea medicamentelor prescrise ceea ce a

implicat o bună informare a asiguratului de către medicul curant, asupra posibilităților în care se pot înlocui medicamentele prescrise cu produse medicamentoase cu efecte similare și, pe de altă parte, a determinat o economie a resurselor de timp, materiale, pe care un asigurat l-ar fi consumat pentru căutarea doar a unui anumit medicament.

- In vederea îmbunătățirii accesului la medicamente în tratamentul ambulatoriu, prin *H.G. nr. 357/2008 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2008* cu modificările și completările ulterioare, s-a reglementat distribuția și eliberarea prin farmacii cu circuit deschis în afara medicamentelor antidiabetice, a medicamentelor pentru afecțiuni oncologice și a medicamentelor pentru starea posttransplant și a unor materiale sanitare (teste de automonitorizare în diabet zaharat) și a medicamentelor pentru unele boli rare (mucoviscidoză, epidermoliză buloasă, scleroza laterală amiotrofică) precum și a medicamentelor pentru HIV/SIDA, în cadrul programelor și subprogramelor respective;
- Derularea Programului National de Evaluare a Stării de Sanatate a Populației începând cu semestrul II al anului 2007 și finalizat în anul 2008 a condus la accesul întregii populații la un pachet de servicii medicale pentru depistarea precoce a unor afecțiuni cu impact major asupra morbidității.

5. Dezvoltarea segmentului de asistență medicală primară

- Fondul alocat asistenței medicale primare în anul 2008 a înregistrat o creștere de aproximativ 95% față de anul 2007 ceea ce a condus la creșterea:
 - valorii minime garantate a punctului "per capita" în anul 2008 față de anul 2007 de la 2,38 lei la 4,61 lei
 - valorii minime garantate a unui punct pentru plata pe serviciu în anul 2008 față de anul 2007 de la 0,49 lei la 1,9 lei
- S-a extins pachetul de servicii medicale prin introducerea unui nou serviciu medical „consultații la domiciliul asiguraților în afara programului de lucru – maximum 5 consultații/săptămână/medic.
- Derularea unor programe de sanatate cu scop curativ și prin medicul de familie, realizând astfel o monitorizare corectă a unor boli cronice cu impact major în starea de sanatate a populației.

6. Creșterea gradului de acoperire cu servicii și a calității actului medical

- Prin *Ordinul președintelui CNAS nr. 438/2008 pentru aprobarea condițiilor și documentelor necesare furnizorilor de servicii medicale de dializă în vederea intrării în relații contractuale pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate*, s-a avut în vedere ca la încheierea contractului pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu între Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și furnizorii de astfel de servicii, aceștia să prezinte CNAS o serie de documente care să ateste atât calitatea aparatului folosit cât și dovada pregătirii cadrelor medicale, pentru îmbunătățirea serviciilor medicale acordate asiguraților.
- *A fost inițiată o acțiune de evaluare a satisfacției asiguraților din teritoriu*, pe baza căreia au fost formulate propuneri de îmbunătățire a chestionarelor utilizate în evaluare. Lucrarea a fost înaintată Consiliului de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În baza rezultatelor acestei lucrări a fost elaborat și aprobat *ordinul președintelui Casei Naționale*

de Asigurări de Sănătate nr. 891/2008 pentru aprobarea formularelor de evaluare a satisfacției asiguraților față de calitatea serviciilor medicale furnizate în medicina de familie și în unitățile spitalicești.

- În anul 2008 au fost evaluați furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

La nivelul Subcomisiilor Naționale de Evaluare s-au efectuat:

- 91 vizite de evaluare a furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale, pentru care s-au eliberat 89 *Decizii de evaluare* și 2 *Notificări privind evaluarea*;

- 21 vizite de evaluare a furnizorilor de servicii medicale de urgență prespitalicească și transport sanitar pentru care s-au eliberat 21 *Decizii de evaluare*;

- 19 vizite de evaluare a unităților de dializă publice și private pentru care s-au eliberat 19 *Decizii de evaluare*;

Pentru subcomisiile de evaluare organizate de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, s-a asigurat îndrumarea metodologică a acestora și monitorizarea desfășurării procesului de evaluare la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene.

- Urmare a organizării ambulatoriilor integrate la nivelul spitalelor de către Ministerul Sănătății, s-au încheiat contracte de către casele de asigurări de sănătate cu aceste structuri pentru acordarea de servicii medicale ambulatorii de specialitate îmbunătățind gradul de acoperire cu servicii medicale a asiguraților;

7. Implementarea unui sistem informatizat al asigurărilor sociale de sănătate

Pentru realizarea sistemului informatic unic integrat, agreat de părți – Hewlett Packard România și Casa Națională de Asigurări de Sănătate - conform contractului ET nr. 3223/2002 și a actelor adiționale la acesta, după finalizarea în anul 2007 a acțiunilor premergătoare punerii în funcțiune a *Sistemului informatic unic integrat în asigurările sociale de sanatate*, în baza graficelor de proiect, în anul 2008 au avut loc următoarele activități care au fost și finalizate în cursul anului:

- Aprobarea specificațiilor funcționale actualizate:
- Migrarea datelor la nivel național:
- Actualizarea aplicațiilor la noile modificările legislative
- Implementarea subproiectului ERP

S-a finalizat etapa de dezvoltare și implementare a subsistemului ERP. Toate modulele subsistemului ERP sunt în producție la nivel național (de la 01.01.2007) și în locațiile CAST și CASOPSNAJ (de la 01.01.2008).

Reteaua WAN la nivel național este realizată și funcțională.

- Proiect SIUI faza BUILD: de la data de 01.09.2008 sistemul se afla în producție.

8. Măsurile pentru informarea și protecția asiguraților

- Prin *Ordinul președintelui CNAS nr. 754/2008 pentru modificarea și completarea Normelor metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de*

asigurat, respectiv de asigurat fără plata contribuției, precum și pentru aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 617/2007, s-a creat cadrul legal de atribuire a unui număr unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate de către casele de asigurări de sănătate, pentru persoanele care nu au atribuit codul numeric personal.

- De asemenea, având în vedere că procesul de eliberare a documentelor justificative pentru dovedirea calității de asigurat este un proces continuu, până la eliberarea acestor documente dovada calității de asigurat se realizează pe baza documentelor eliberate de angajator, cupon pensie etc.
- Prin elaborarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 592/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 s-a constituit o procedură unitară pentru aplicarea Regulamentelor europene, contribuind astfel la creșterea gradului de informare și protecție al asiguraților.
- În sprijinul unei informări corecte a cetățenilor români, împreună cu reprezentanți ai Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, Casei Naționale de Pensii și alte drepturi de Asigurări Sociale și ai Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a participat la:
 - Campaniile de informare a lucrătorilor români din Spania despre locurile de muncă vacante din România și drepturile de asigurări sociale;
 - Campaniile de informare a lucrătorilor români din Italia despre locurile de muncă vacante din România și drepturile de asigurări sociale.
 - grupurile de lucru organizate la nivelul Ministerului Sănătății și al Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse. pe probleme specifice din domeniul securității sociale

II. RAPORT ECONOMICO-FINANCIAR

În bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2008, aprobat conform Legii nr. 388/2007 cu modificările și completările ulterioare, au fost prevăzute fonduri astfel :

mii lei

Denumire indicatori	Prevederi inițiale an 2008
0	1
VENITURI - TOTAL	16.923.536
II.TOTAL CHELTUIELI din care:	16.775.238

Cheltuieli pentru sănătate	15.959.826
Cheltuieli pentru asigurări si asistenta sociala	815.412
III. FOND REZERVA	148.298

Atât veniturile, cât și cheltuielile bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate au fost majorate în anul 2008 astfel:

- cu suma de **2.628** mii lei, reprezentând donații și sponsorizări, conform adreselor aprobate de către Ministerul Economiei și Finanțelor,

- cu suma de **20.000** mii lei, prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății conform Ordonanței Guvernului nr. 11/2008 *pentru modificarea și completarea Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistentei medicale primare prin centrele de permanență,*

- cu suma de **225** mii lei reprezentând sume primite de bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate prin transfer din bugetul Ministerului Sănătății, *pentru efectuarea plăților aferente contravalorii contribuției personale pentru serviciile medicale și medicamentele acordate personalului contractual din unitățile sanitare, conform O.U.G.37/2008 privind reglementarea unor măsuri financiare în domeniul bugetar.*

- cu suma de **177.213** mii lei conform O.U.G. nr. 112/2008 *cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 2008* pentru:

- bunuri și servicii: 90.354 mii lei
- cheltuieli de personal : 325 mii lei
- cheltuieli de capital: 26.037 mii lei
- fond de rezerva: 497 mii lei

În acest sens, la sfârșitul anului 2008, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate la sfârșitul anului 2008 se prezintă astfel:

mii lei

Denumire indicatori	Prevederi inițiale an 2008	Prevederi an 2008	Procent de creștere (%)
0	1	2	3=2/1
VENITURI - TOTAL	16.923.536	17.063.601	0,83%
II.TOTAL CHELTUIELI, din care:	16.775.238	16.914.806	0,83%
Cheltuieli pentru sănătate	15.959.826	16.099.394	0,87%
Cheltuieli pentru asigurări și asistență socială	815.412	815.412	0%
III. FOND REZERVA	148.298	148.795	0,34%

Activitatea caselor de asigurări de sănătate s-a desfășurat conform prevederilor Legii 95/2006 *privind reforma în domeniul sănătății* cu modificările și completările ulterioare și a legislației care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate. Obiectivul principal al activității a constat în asigurarea unei finanțări corespunzătoare a tuturor domeniilor de asistență

medicală, în limita bugetului aprobat pe anul 2008, pentru a satisface într-o măsură cât mai mare nevoile asiguraților.

În sinteză, execuția bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate a anului 2008 se prezintă astfel :

- mii lei -

Denumire indicatori	Prevederi aprobate an 2008	Realizări an 2008	Realizări an 2008 fata de prevederile an 2008 (%)
0	1	2	3=2/1
VENITURI - TOTAL	17.063.601	15.780.537	92,5%
II.TOTAL CHELTUIELI din care:	16.914.806	16.636.256	98,4%
Cheltuieli pentru materiale si prestări servicii cu caracter medical	15.785.953	15.628.563	99,0%
Cheltuieli de administrare a fondului:			
	313.441	249.972	79,8%
- cheltuieli de personal	135.005	133.874	99,2%
- cheltuieli materiale	72.384	51.090	70,6%
- cheltuieli de capital	106.052	65.008	61,3%
Cheltuieli pentru asigurări si asistenta sociala	815.412	765.690	93,9%
III. FOND REZERVA	148.795	138.734	93,2%

Veniturile realizate în anul 2008 sunt în suma de **15.780.537** mii lei și reprezintă **92,5%** față de prevederile aprobate pentru aceeași perioadă. Media lunară a încasărilor în anul 2008 a fost de **1.315.044,8** mii lei.

Potrivit execuției bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, din cheltuielile totale aprobate pentru anul 2008, în sumă de **16.914.806** mii lei, s-au efectuat plăți totale în suma de **16.636.256** mii lei, reprezentând un procent de **98,4%**.

În totalul cheltuielilor efectuate in anul 2008, cheltuielile pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical reprezintă **93,3%**, cheltuielile pentru administrare și funcționare reprezintă **1,9%**, iar cheltuielile pentru asigurări și asistență socială reprezintă **4,8%**.

Comparativ cu anul 2007, situația execuției bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în acesta perioada a anului 2008 se prezintă astfel:

-mii lei-

Denumire indicatori	Realizări an 2007	Realizări an 2008	Realizare an 2008/ realizare an 2007 %
	<i>1</i>	<i>2</i>	$3=(2/1*100)-100$
VENITURI – TOTAL	13.080.571	15.780.537	20,6%
II.TOTAL CHELTUIELI din care:	12.859.103	16.636.256	29,4%
Cheltuieli pentru materiale si prestări servicii cu caracter medical	12.015.376	15.628.563	30,1%
Cheltuieli de administrare a fondului:	273.094	249.972	-8,5%
<i>- cheltuieli de personal</i>	123.468	133.874	8,4%
<i>- cheltuieli materiale</i>	62.014	51.090	-17,6%
<i>- cheltuieli de capital</i>	87.613	65.008	-25,8%
Cheltuieli pentru asigurări si asistenta sociala	570.634	765.690	34,1%

Din analiza datelor de mai sus se constată ca în anul 2008 veniturile realizate sunt cu **20,6%** mai mari decât cele realizate în aceeași perioadă a anului 2007, iar cheltuielile totale cu **29,4 %** mai mari față de cele realizate în anul 2007.

Cheltuielile pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical sunt cu **30,1%** mai mari în anul 2008 față de aceeași perioadă a anului 2007, iar cheltuielile de administrare a fondului sunt cu **8,5%** mai mici.

Capitolul venituri

Veniturile Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate realizate în anul 2008 sunt în suma de **15.780.537** mii lei, reprezentând **92,5%** față de prevederile aprobate pentru această perioadă.

Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se constituie din contribuții ale persoanelor fizice și juridice, subvenții de la bugetul de stat, precum și din donații, sponsorizări, dobânzi, venituri obținute din exploatarea patrimoniului Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate, sume din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice, precum și din alte venituri, în condițiile legii.

Colectarea contribuțiilor de la salariați, precum și de la persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat se face în contul unic deschis pe seama Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prin organele fiscale teritoriale, cu respectarea dispozițiilor Ordonanței guvernului nr.86/2003 privind reglementarea unor măsuri în materie financiar-fiscală, aprobată cu modificări prin Legea nr. 609/2003, cu modificările și completările ulterioare.

Colectarea contribuțiilor de la persoanele fizice, altele decât cele pentru care colectarea veniturilor se face de către Agenția Națională de Administrare Fiscală (A.N.A.F.), în baza unei declarații model, în contul unic deschis pe seama Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare.

Veniturile pentru asigurări și asistență socială realizate în anul 2008 sunt în suma de **789.604**mii lei, din care încasate prin trezorerie suma de **255.621** mii lei, iar suma de **533.983** mii lei reprezentând sumele deduse de angajatori din contribuțiile datorate pentru concedii medicale.

În structură, veniturile realizate în anul 2008, față de prevederile aprobate pentru această perioadă se prezintă astfel:

-mii lei-

Denumirea indicatorilor	Prevederi an 2008	Încasări realizate an 2008	Realizări an 2008 / prevederi an – 2008 (%)
0	1	2	3=2/1
TOTAL VENITURI, din care:	17.063.601	15.780.537	92,5%
I. CONTRIBUȚII DE ASIGURĂRI:	15.468.269	14.243.569	92,1%
1.CONTRIBUȚIILE ANGAJATORILOR	7.248.578	7.022.191	96,9%
1.1Contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de angajatori:	7.248.578	7.022.191	96,9%
Contribuții de la persoane juridice sau fizice care angajează personal salariat	6.361.563	6.153.474	96,7%
Contribuții pentru asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele aflate în șomaj	39.729	30.355	76,4%
Venituri încasate în urma valorificării creanțelor de către A.V.A.S.	50.000	51.064	102,1%
Contribuții pentru concedii și indemnizații de la persoane juridice sau fizice	791.658	785.123	99,2%
Contribuții pentru concedii sau indemnizații datorate de persoanele aflate în șomaj *)	5.628	1.877	33,4%
Contribuția suportată de angajator pentru concedii și indemnizații datorate de persoanele aflate în incapacitate temporară de muncă din cauza de accidente de muncă sau boala profesională	0	297	0,0%

2.CONTRIBUTIILE ASIGURAȚILOR	8.219.691	7.221.378	87,9%
2.1Contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de asigurați:	7.902.530	7.161.585	90,6%
Contribuția datorată de persoane asigurate care au calitatea de angajat	6.218.159	6.838.290	110,0%
Contribuția datorată de alte persoane asigurate	1.666.245	238.202	14,3%
Contribuții pentru concedii și indemnizații datorate de asigurați	18.126	2.307	12,7%
Contribuția datorată de pensionari	0	82.785	0,0%
Contribuții facultative ale asiguraților	12.420	2.068	16,7%
Alte contribuții pentru asigurări sociale datorate de asigurați	304.741	57.725	18,9%
3.VENITURI NEFISCALE	20.970	72.801	347,2%
3.1.VENITURI DIN PROPRIETATE	18.343	70.173	382,6%
Restituiri de fonduri din finanțarea bugetară a anilor precedenți	5.090	0	0,0%
Alte venituri din proprietate	0	773	0,0%
3.2.Venituri din dobânzi	13.253	68.041	513,4%
Alte venituri din dobânzi	13.253	68.041	513,4%
3.3. VÂNZĂRI DE BUNURI ȘI SERVICII	2.627	2.628	100,0%
Denumirea indicatorilor	Prevederi an 2008	Încasări realizate an 2008	Realizări an 2008 fata de prevederi an 2008 (%)
TRANSFERURI VOLUNTARE, ALTELE DECÂT SUBVENȚIILE	2.627	2.628	100,0%
Donații și sponsorizări	2.627	2.628	100,0%
IV. SUBVENȚII	1.574.362	1.464.167	93,0%
SUBVENȚII DE LA ALTE NIVELE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE	1.574.362	1.464.167	93,0%
SUBVENȚII DE LA BUGETUL DE STAT	362.309	328.855	90,8%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care satisfac serviciul militar în termen	0	1.572	
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv	1.088	21.095	1938,9%
Subvenții primite de la bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate	216.781	198.843	91,7%
Contribuții individuale de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului	144.440	107.345	74,3%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru pensionari	0	0	

SUBVENȚII DE LA ALTE ADMINISTRAȚII	1.212.053	1.135.313	93,7%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care executa o pedeapsa privativa de libertate sau arest preventiv	22.464	329	1,5%
Contribuții individuale de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului	150	1	0,7%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care se afla în concediu medical sau în concedii medicale pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani	0	1.530	
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care se afla în concediu medical din cauza de accidente de munca și boli profesionale	1.148	1.369	119,3%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoanele beneficiare de ajutor social	38.964	17.044	43,7%
Sume alocate din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice	1.149.327	1.115.038	97,0%

Pe subdiviziunile clasificăției bugetare veniturile s-au efectuat centralizat, conform datelor transmise caselor de asigurări de sănătate de către trezorerii, având în vedere că începând cu data de 1 ianuarie 2004, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr.86/2003 privind reglementarea unor măsuri în materie financiar-fiscală, evidența, colectarea contribuțiilor, controlul și soluționarea contestațiilor pentru asigurări sociale de sănătate se realizează de Ministerul Finanțelor Publice și unitățile sale subordonate, prin Agenția Națională de Administrare Fiscală, care are și calitatea de creditor bugetar.

Din analiza veniturilor colectate rezulta ca acestea s-au realizat în procent de **92,5%** fata de prevederile aprobate.

Nerealizarea se datorează în principal diminuării cotei de contribuție a angajatorului de la **5,5%** la **5,2%** începând cu luna decembrie 2008 și a angajatului începând cu luna iulie 2008.

Pe subdiviziunile clasificăției bugetare încasările de la angajatori sau realizat în procent de **96,9%** iar de la asigurați în procent de **87,9%** fata de prevederile aprobate.

Capitolul de cheltuieli

Potrivit execuției bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2008, din totalul cheltuielilor aprobate în suma de **16.914.806** mii lei, s-au efectuat plăți în sumă de **16.636.256** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **98,4%**.

În totalul cheltuielilor efectuate în anul 2008, cheltuielile pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical reprezintă **93,9%**, cheltuielile pentru administrare și funcționare reprezintă **1,5%** iar cheltuielile pentru asistenta socială **4,6%**.

Pe domeniul de asistență medicală, casele de asigurări de sănătate au contractat și decontat servicii medicale, în primul trimestru, în baza *Hotărârii Guvernului nr.1842/21.12.2006 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008* și a *Ordinului Ministrului Sănătății și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1781/CV558/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru*; începând cu 1 aprilie 2008

a Hotărârii Guvernului nr.324/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008 și a Ordinului Ministrului Sănătății și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 522/236/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru.

Potrivit execuției fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se pot observa următoarele aspecte:

- realizările la capitolul **sănătate** în anul 2008 sunt în sumă de **15.870.567** mii lei, din care:
- **cheltuielile pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical** în valoare de **15.628.563** mii lei;
- **cheltuielile administrare fond** - în valoare de **249.972** mii lei.

Bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate în anul 2008 se prezintă astfel:

- mii lei -

Denumirea indicatorilor	Prevederi bugetare an 2008	Plăți efectuate an - 2008	Plăți efectuate an 2008 fata de prevederi an 2008 (%)
0	1	2	3=2/1
Cheltuieli totale, din care:	16.914.806	16.636.256,0	98,4%
Cheltuieli pentru Sănătate	16.099.394	15.870.567,0	98,6%
<i>Materiale si Prestări de Servicii cu Caracter Medical</i>	15.785.953	15.628.563,0	99,0%
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale din care:	4.973.190	4.896.301,0	98,5%
- Medicamente cu si fără contribuție personala	3.097.147	3.094.919,0	99,9%
- Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	1.168.713	1.155.555,0	98,9%
- Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	130.615	116.972,0	89,6%
- Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	464.657	417.979,0	90,0%
- Dispozitive si echipamente medicale	112.058	110.876,0	98,9%
Servicii medicale în ambulatoriu :	2.698.499	2.620.102,0	97,1%
- Asistenta medicala primara	1.500.406	1.456.956,0	97,1%
- Asistenta medicala pentru specialități clinice	395.306	390.652,0	98,8%
- Asistenta medicala stomatologica	78.989	78.828,0	99,8%
- Asistenta medicala pentru specialități paraclinice	632.999	603.195,0	95,3%

- Asistenta medicala in centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare)	90.798	90.471,0	99,6%
Servicii de urgenta prespitalicești si transport sanitar	556.169	556.083,0	99,9%
Servicii medicale in unități sanitare cu paturi	7.523.142	7.522.036,0	99,9%
- Spitale generale	7.453.225	7.452.125,0	99,9%
- Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	69.917	69.912,0	99,9%
Îngrijiri medicale la domiciliu	19.484	19.279,0	98,9%
Cheltuieli de administrare a fondului:	313.441	249.972,0	79,8%
- cheltuieli de personal	135.005	133.874,0	99,2%
- cheltuieli materiale	72.384	51.090,0	70,6%
- cheltuieli de capital	106.052	65.008,0	61,3%
Prestații medicale acordate intr-un stat membru al Uniunii Europene	15.469	14.761,0	95,4%
Cheltuieli pentru Asigurări si Asistenta Sociala	815.412	765.690,0	93,9%

Comparând execuția Bugetului Fondului Național Unic de Asigurări de Sociale de Sănătate în anul 2008 cu execuția Bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate în anul 2007 datele se prezintă astfel:

- mii lei -

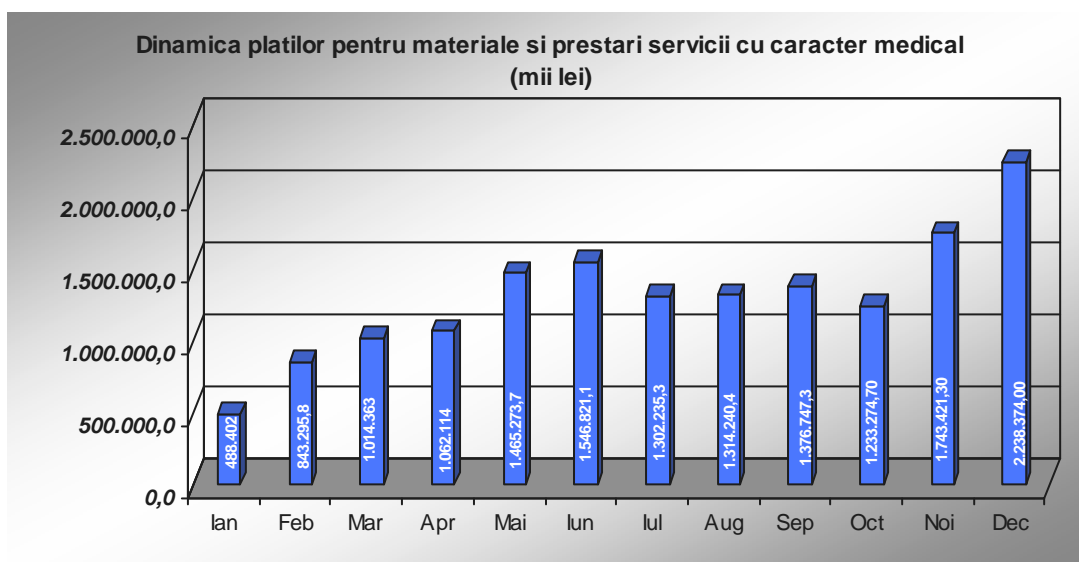
Denumirea indicatorilor	Realizări an 2007	Realizări an 2008	Realizare an - 2008 / an - 2007 %
	1	2	3=(2/1*100)-100
Cheltuieli totale, din care:	12.859.103	16.636.256	29,4
Cheltuieli pentru Sănătate	12.288.469	15.870.567	29,2
<i>Materiale si Prestări de Servicii cu Caracter Medical</i>	12.015.376	15.628.563	30,1
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale din care:	4.010.709	4.896.301	22,1
- Medicamente cu si fără contribuție personala	2.616.143	3.094.919	18,3
- Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	823.059	1.155.555	40,4
- Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	90.687	116.972	29,0
- Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	397.165	417.979	5,2
- Dispozitive si echipamente medicale	83.656	110.876	32,5
Servicii medicale in ambulatoriu :	1.642.871	2.620.102	59,5
- Asistenta medicala primara (*	746.726	1.456.956	95,1
- Asistenta medicala pentru specialități clinice	330.194	390.652	18,3
- Asistenta medicala stomatologica	67.442	78.828	16,9
- Asistenta medicala pentru specialități paraclinice (**	424.069	603.195	42,2

- Asistenta medicala in centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare)	74.440	90.471	21,5
Servicii de urgenta prespitalicești si transport sanitar	368.621	556.083	50,9
Servicii medicale in unități sanitare cu paturi	5.982.948	7.522.036	25,7
- Spitale generale	5.926.597	7.452.125	25,7
- Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	56.351	69.912	24,1
Îngrijiri medicale la domiciliu	10.172	19.279	89,5
Cheltuieli de administrare a fondului:	273.094	249.972	-8,5
- cheltuieli de personal	123.468	133.874	8,4
- cheltuieli materiale	62.014	51.090	-17,6
- cheltuieli de capital	87.613	65.008	-25,8
Prestații medicale acordate intr-un stat membru al Uniunii Europene	55	14.761	26838,1
Cheltuieli pentru Asigurări si Asistenta Sociala	570.634	765.690	34,2

(* Notă: În realizările anului 2008 sunt cuprinse și sumele aferente *Programului de evaluare a stării de sănătate a populației în asistenta medicala primară*.

(** Nota: În anul 2008, la acest domeniu de asistenta medicala sunt cuprinse în realizări și fondurile aferente analizelor medicale din cadrul *Programului de evaluare a stării de sănătate a populației în asistenta medicala primară* și cele pentru dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c) din cadrul subprogramului de diabet zaharat.

Dinamica lunară a plăților pentru **materiale și prestări servicii cu caracter medical** din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a anului 2008 se prezintă grafic astfel:



O pondere însemnată, în cadrul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, pe domenii de asistență medicală, o reprezintă plățile pentru serviciile medicale în unități sanitare cu paturi **48,1%**, plățile pentru serviciile medicale în ambulatoriu **16,8%** și plățile pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale **31,3%**.

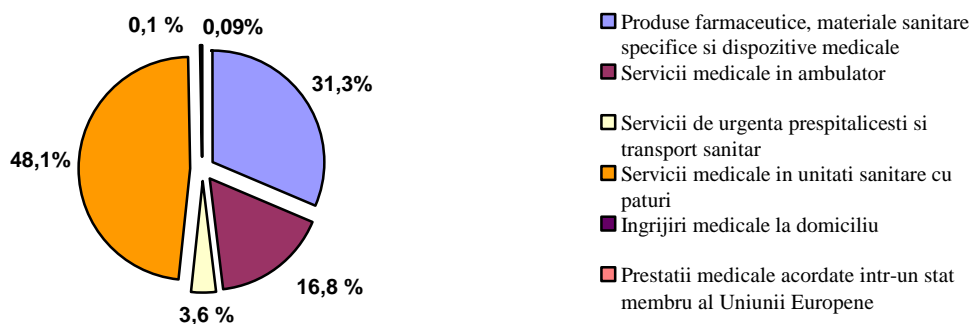
În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, o pondere însemnată o ocupă plățile pentru medicamente cu și fără contribuție personală **63,2%**, urmate de plățile aferente medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut

utilizate în programele naționale cu scop curativ **23,6%** și de plățile pentru serviciile medicale de hemodializă și dializă peritoneală **8,5%**.

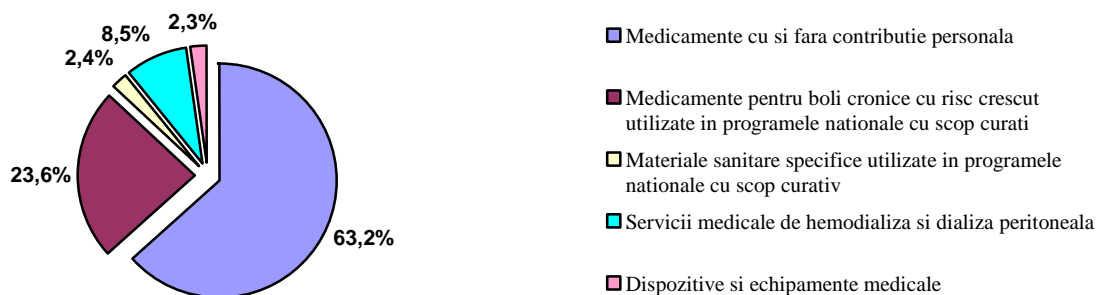
În cadrul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, pe primul loc ca pondere se situează plățile pentru asistență medicală primară (**55,6%**), urmate de plățile aferente serviciilor de asistență medicală pentru specialitățile paraclinice (**23%**) și de plățile aferente asistentei medicale pentru specialități clinice (**14,9%**).

În cadrul plăților pentru serviciile medicale în unitățile sanitare cu paturi ponderea cea mai mare o dețin plățile efectuate pentru spitalele generale, respectiv **99,1%**.

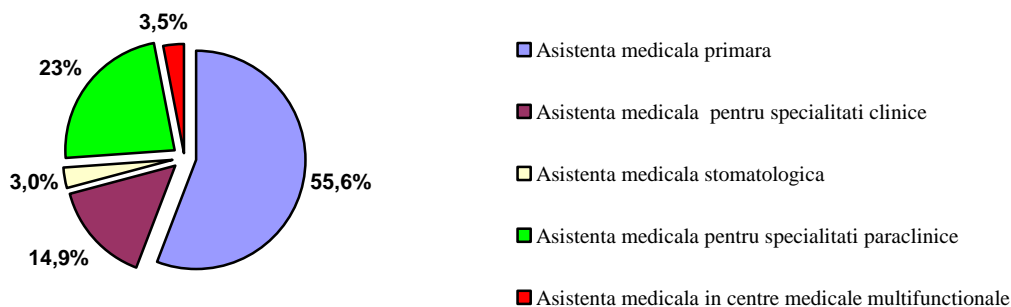
Ponderea plăților pentru **serviciile medicale** în totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical în anul 2008 se prezintă grafic, astfel:



Ponderea domeniilor de asistență medicală în cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, în anul 2008 se prezintă grafic astfel:



Ponderea domeniilor de asistență medicală în cadrul plăților pentru serviciile medicale în ambulatoriu, în anul 2008 se prezintă astfel:



Materiale și prestări servicii cu caracter medical

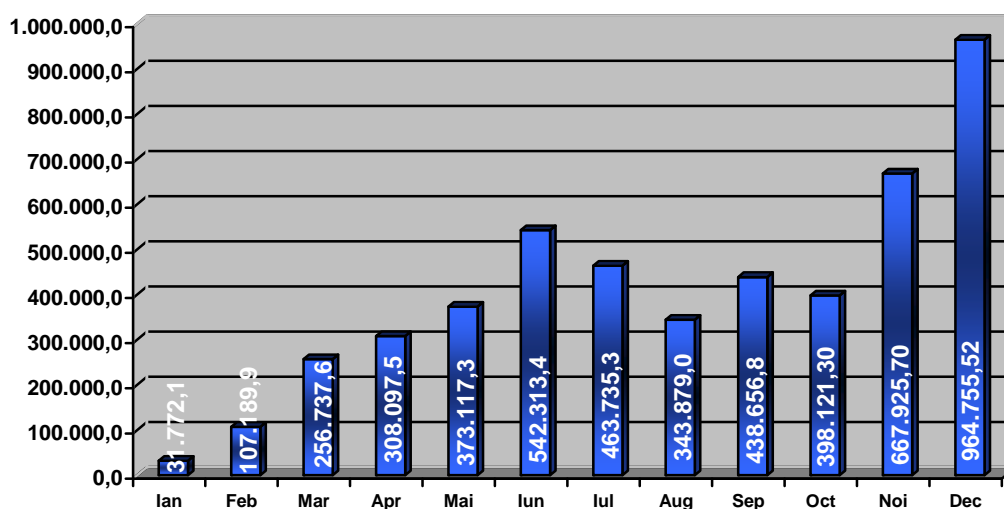
Fondurile alocate în anul 2008 pentru materiale și prestări de servicii cu caracter medical, au fost în suma de **15.785.953** mii lei, din care s-au efectuat plăți în suma de **15.628.563** mii lei, reprezentând **99%** din prevederile aprobate. Comparativ cu anul 2007, plățile au crescut cu **3.613.187** mii lei, respectiv cu **30,1%**.

Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale

Fondurile alocate în anul 2008 pentru acest subcapitol au fost în suma de **4.973.190** mii lei, din care s-au efectuat plăți în suma de **4.896.301** mii lei, reprezentând **98,5%** din prevederile aprobate.

Dinamica lunară a plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale în anul 2008 din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, se prezintă grafic astfel:

■ Dinamica platilor pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale (mii lei)



Fondurile alocate în cadrul acestui subcapitol pe paragrafe în anul 2008 se prezintă astfel:

- medicamente cu și fără contribuție personală **3.097.147** mii lei;
- medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ **1.168.713** mii lei;
- materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ **130.615** mii lei;
- servicii medicale de hemodializa și dializa peritoneală **464.657** mii lei;
- dispozitive și echipamente medicale **112.058** mii lei.

Medicamente cu și fără contribuție personală

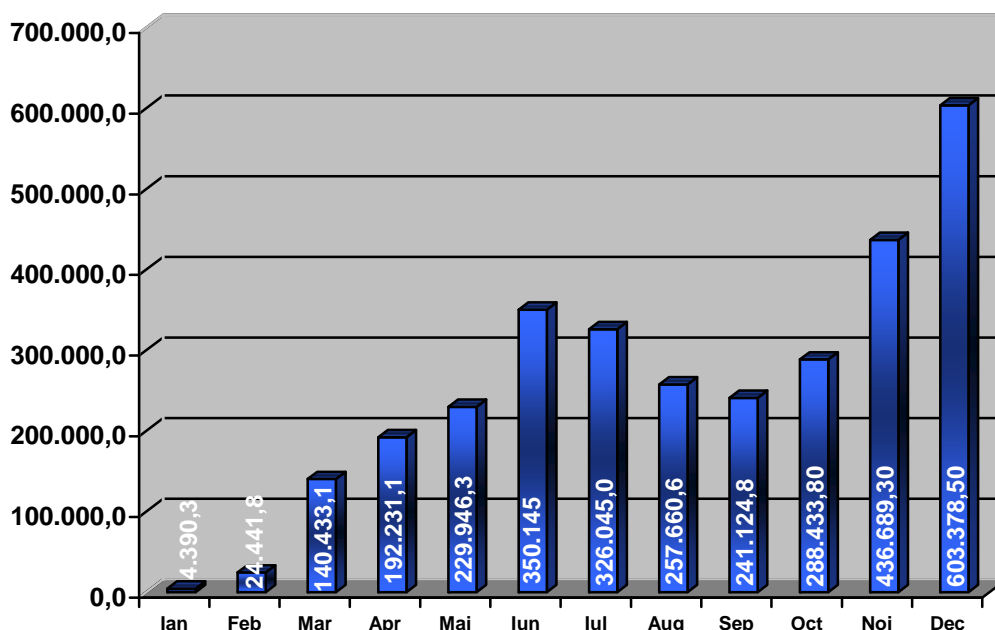
Fondurile alocate în anul 2008 corespunzătoare acestui domeniu de asistență medicală au fost de **3.097.147** mii lei.

În anul 2008 au fost efectuate plăți în sumă de **3.094.919** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **99,9%** din sumele prevăzute pentru acest domeniu.

Plățile efectuate pentru medicamente cu și fără contribuție personală reprezintă **19,8%** din totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical realizate în anul 2008. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile pentru medicamente cu și fără contribuție personală dețin o pondere de **63,2%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2008 pentru acest domeniu de asistență medicală este următoarea:

■ **Dinamica platilor pentru medicamente cu si fara contributie personala (mii lei)**



Din totalul realizărilor anului 2008 la medicamente cu și fără contribuție personală, medicamentele cu contribuție personală sunt în suma de **1.842.481** mii lei (**59,5%**), iar medicamentele fără contribuție personală sunt în suma de **1.252.438** mii lei (**40,5%**).

Față de anul 2007, fondurile alocate la acest domeniu de asistență medicală pentru anul 2008 sunt cu **478.776** mii lei mai mari, respectiv cu **18,3%**.

Medicamente și materiale sanitare specifice pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ

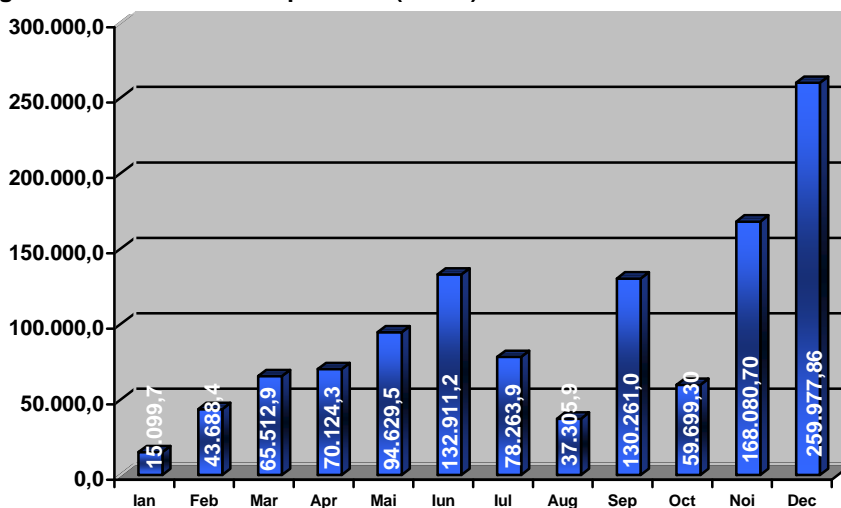
1. Fondurile alocate în anul 2008 aferente **medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ** au fost în suma de **1.168.713** mii lei, din care s-au efectuat plăți în suma de **1.155.555** mii lei, reprezentând **98,9%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în această perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ le revin o pondere de **7,4%**. În cadrul plăților pentru produse

farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile la medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ dețin o pondere de **23,6%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2008 aferente medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ este următoarea:

■ **Dinamica platilor pentru medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele nationale cu scop curativ (mii lei)**



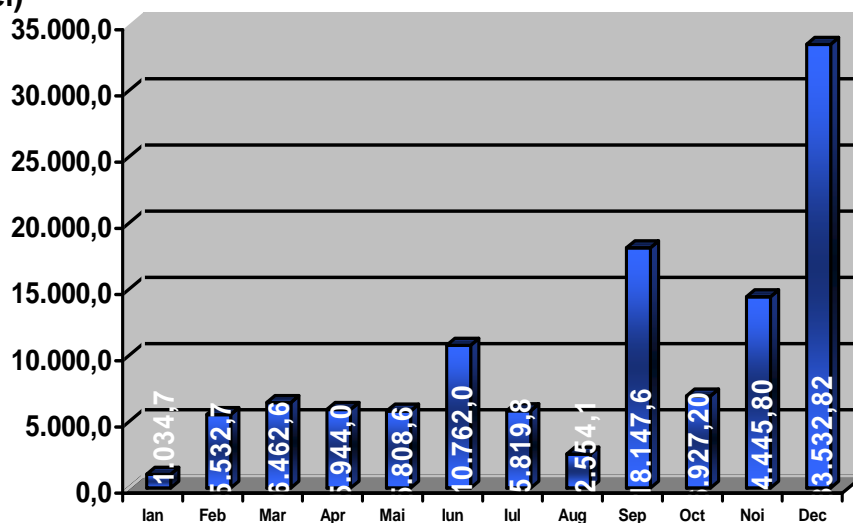
Comparativ cu anul 2007, fondurile alocate la medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ în anul 2008 au fost cu **332.496** mii lei mai mari respectiv **40,4%**.

2. Fondurile alocate în anul 2008 aferente **materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ** au fost în suma de **130.615** mii lei, din care s-au efectuat plăți în suma de **116.972** mii lei, reprezentând **89,6%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în anul 2008 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ ii revin o pondere de **0,8%**. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile pentru materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ dețin o pondere de **2,4%**.

Evoluția în dinamică a plăților lunare în anul 2008 aferente materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ este următoarea:

■ **Dinamica platilor pentru materiale sanitare utilizate in programele nationale**
(mii lei)



Comparativ cu anul 2007, fondurile alocate la materiale sanitare specifice utilizate in programele naționale cu scop curativ in anul 2008 au fost cu **26.285** mii lei mai mari respectiv cu **29%** .

In anul 2008, derularea Programelor Naționale de Sănătate s-a efectuat conform dispozițiilor legale cuprinse in Ordinul nr.574/269/2008 *pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate in anul 2008.*

Execuția subprogramelor naționale de sănătate derulate in anul 2008, in vederea asigurării medicamentelor si materialelor sanitare specifice, pentru bolnavii incluși in tratament se prezintă astfel:

- mii lei-

Denumire indicator	Prevederi aprobate an 2008	Realizări an 2008	Procent de realizare an 2008 fata de prevederi aprobate an 2008(%)
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele naționale cu scop curativ, din care:	1.168.713	1.155.555	98,87%
Tratamentul bolnavilor cu tuberculoza	9.807	9.758	99,50%
Tratamentul persoanelor cu infecție HIV/SIDA si tratamentul postexpunere	136.329	135.914	99,70%
Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice	586.725	578.987	98,68%
Tratamentul bolnavilor de hemofilie, talasemie si alte boli rare	22.500	18.899	84,00%
Tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat, din care:	296.313	295.327	99,67%
- medicamente antidiabetice orale	124.509	124.255	99,80%

- medicamente antidiabetice de tipul insulinelor	153.535	152.971	99,63%
- medicamente antidiabetice orale si de tipul insulinelor	18.269	18.100	99,07%
Tratamentul bolnavilor cu osteoporoza si tratamentul bolnavilor cu gușa datorata carentei de iod si proliferării maligne	7.757	7.639	98,48%
Tratamentul bolnavilor cu boli neurologice: scleroza multipla	67.682	67.662	99,97%
Tratamentul stării posttransplant in ambulatoriu a pacienților cu transplant	41.600	41.369	99,44%
Materiale sanitare specifice utilizate in programele naționale cu scop curativ, din care:	130.615	116.972	89,55%
Tratamentul bolnavilor cu tuberculoza	5.108	5.035	98,57%
Monitorizare bolnavi HIV - SIDA	1.664	1.662	99,88%
Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin chirurgie cardiovasculara si prin cardiologie intervenționala si electrofiziologie	61.600	61.595	99,99%
Tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecțiuni articulare preexistente sau dobândite si prin implant segmentar pentru bolnavii cu diformități de coloana	33.233	33.220	99,96%
Programul național de diabet - teste automonitorizare	23.610	10.916	46,23%
Tratament al surdității congenitale prin implant cohlear si proteza auditiva	5.400	4.544	84,15%

Realizările în anul 2008 la Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele naționale cu scop curativ au fost in procent de **98,9%**.

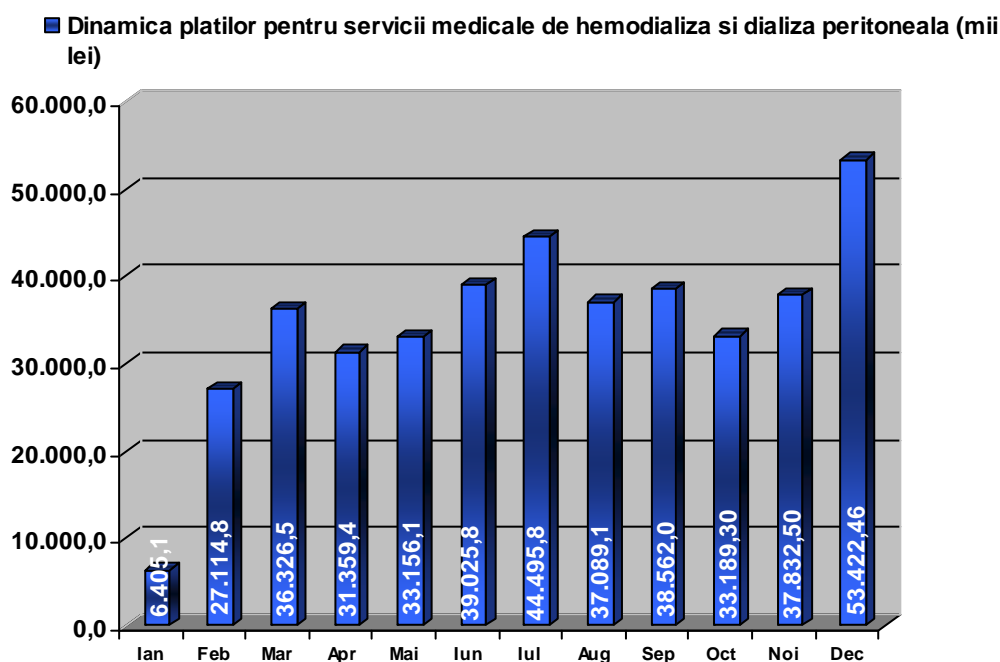
Realizările în anul 2008 la Materiale sanitare specifice utilizate in programele naționale cu scop curativ, au fost in procent de **89,5%**.

Servicii medicale de hemodializă și dializa peritoneală

Fondurile alocate în anul 2008 pentru servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală au fost în suma de **464.657** mii lei, din care s-au efectuat plăți în suma de **417.979** mii lei, reprezentând **90%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în anul 2008 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent serviciilor medicale de hemodializa și dializa peritoneala ii revine o pondere de **2,7%**. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile pentru serviciile medicale de hemodializa și dializa peritoneala dețin o pondere de **8,5%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2008 serviciilor medicale de hemodializa și dializa peritoneala este următoarea:



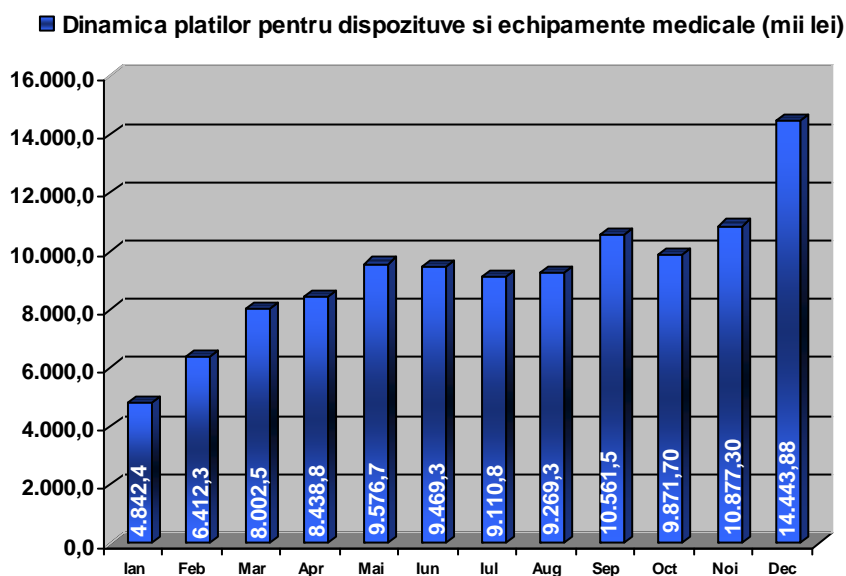
Comparativ cu anul 2007, plățile pentru servicii medicale de hemodializa și dializa peritoneala au crescut cu **5,2%**, respectiv cu **20.814** mii lei .

Dispozitive și echipamente medicale

Fondurile alocate în anul 2008 pentru dispozitive și echipamente medicale au fost în suma de **112.058** mii lei, din care s-au efectuat plăți în suma de **110.876,4** mii lei , reprezentând **98,9%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în anul 2008, pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent dispozitivelor și echipamentelor medicale ii revine o pondere de **0,7%**. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile pentru dispozitive și echipamente medicale dețin o pondere de **2,3%**.

Evoluția în dinamică a plăților lunare în anul 2008, aferente dispozitivelor și echipamentelor medicale este următoarea:



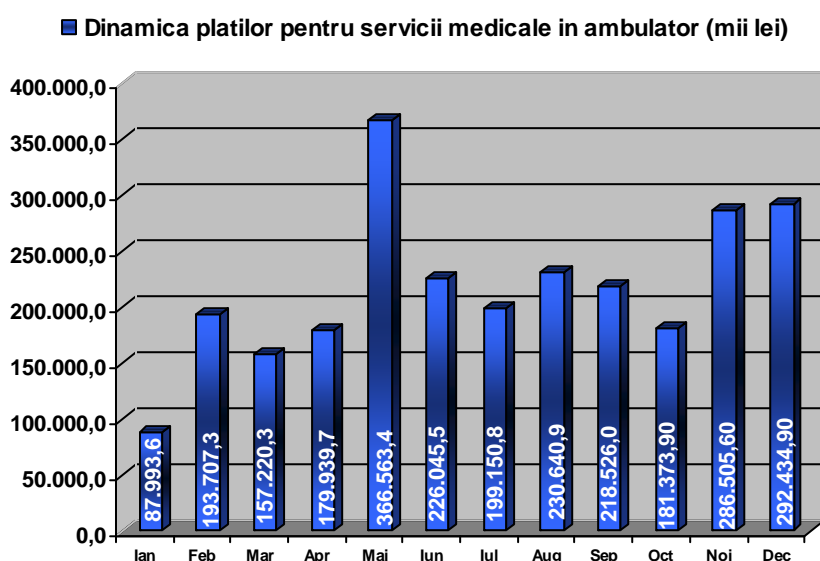
Comparativ cu anul 2007, plățile aferente dispozitivelor și echipamentelor medicale au crescut cu **27.220,6** mii lei, respectiv cu **32,5%** .

Serviciile medicale în ambulatoriu

Fondurile alocate în anul 2008 pentru acest domeniu au fost în suma de **2.698.499** mii lei, din care s-au efectuat plăți în suma de **2.620.102** mii lei, reprezentând **97,1%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în aceasta perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent serviciilor medicale în ambulatoriu ii revine o pondere de **16,8%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2008, aferente serviciilor medicale în ambulatoriu este următoarea:



În cadrul acestui subcapitol, fondurile utilizate pe fiecare paragraf se prezintă astfel:

- asistenta medicala primara: **1.456.956** mii lei;
- asistenta medicala pentru specialități clinice: **390.652** mii lei;
- asistenta medicala stomatologica: **78.828** mii lei;
- asistenta medicala pentru specialități paraclinice: **603.195** mii lei;
- asistenta medicala in centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare): **90.471** mii lei.

Asistență medicală primară

Fondurile alocate în anul 2008 pentru acest domeniu de asistență medicală au fost în suma de **1.500.406** mii lei, din care s-au efectuat plăți totale în suma de **1.456.956** mii lei, reprezentând **97,1%** din prevederile aprobate.

În cadrul plăților pentru asistenta medicală primară, suma de **123.564,4** mii lei a fost destinată derulării „Programului național de evaluare a stării de sănătate a populației în asistenta medicală primară”, în anul 2008.

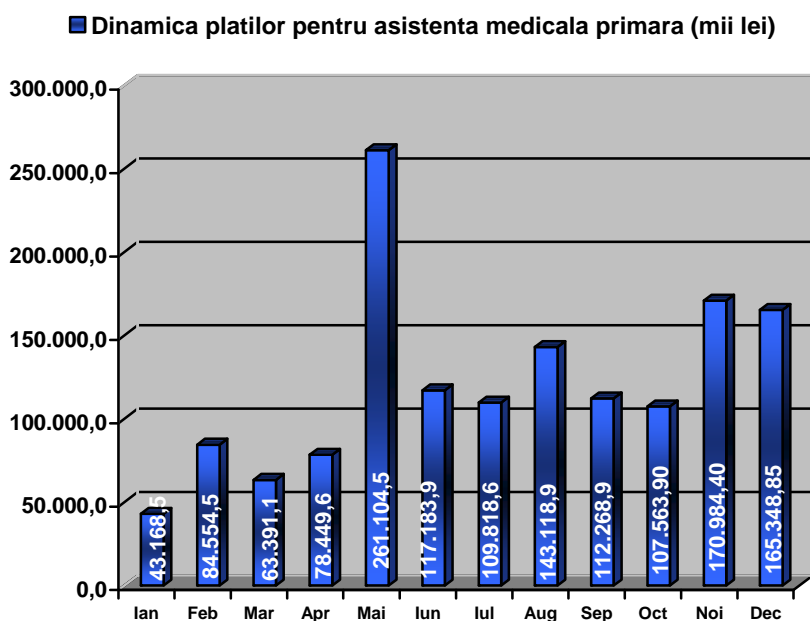
Scopul „Programului național de evaluare a stării de sănătate a populației în asistenta medicală primară” este cunoașterea ponderii în populație a factorilor determinanți pentru bolile cu impact major asupra stării de sănătate a acesteia, diagnosticarea precoce și monitorizarea acestor boli pentru evitarea deceselor premature. De asemenea, se urmărește îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin prevenirea, controlul și monitorizarea bolilor cu impact major asupra sănătății, îmbunătățirea calității vieții și prelungirea duratei medii de viață pentru alinierea la standardele Uniunii Europene, precum și asigurarea accesului la servicii de sănătate a întregii populații a României.

Obiectivele derulării acestui program sunt:

- evaluarea stării de sănătate a populației și a factorilor de risc, în vederea păstrării și promovării sănătății, precum și a prevenirii îmbolnăvirilor și complicațiilor acestora;
- cunoașterea ponderii factorilor de risc pentru bolile cu impact major asupra sănătății populației;
- îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin creșterea accesului populației la servicii de asistență medicală preventivă și creșterea speranței de viață;
- efectuarea de consiliere și screening clinico-biologic, în vederea depistării precoce a afecțiunilor oncologice, cardiovasculare, neurologice și altele, în funcție de factorii de risc identificați în urma activității de evaluare a stării de sănătate a populației;
- realizarea riscogramei colective și stabilirea structurii morbidității generale și specifice, pe grupe de vârstă, dinamica și tendințele acesteia.

Din totalul plăților realizate în aceasta perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului de asistență medicală primară îi revine o pondere de **9,3%**.

În cadrul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, plățile pentru asistență medicală primară dețin o pondere de **55,6%**. Evoluția în dinamica a plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală este următoarea :



Comparativ cu aceeași perioadă a anului 2007, plățile pentru asistență medicală primară pentru plata per capita și pe serviciu au crescut cu **710.229,4** mii lei, respectiv cu **95,1%**.

Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata ”per capita” prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de asigurați și plata prin tarif pe serviciu medical, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază ce se acordă asiguraților din lista proprie, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, precum și pentru serviciile medicale acordate cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene titulari ai cardului european.

Situația comparativă a valorilor definitive ale punctelor în asistența medicală primară în anul 2008 comparativ cu anul 2007 se prezintă astfel:

Valorile definitive ale punctelor în asistența medicală primară	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Per capita (an 2007) – lei	2,56	2,64	2,70	2,69
Per capita (an 2008) – lei	4,78	4,82	5,15	4,66
Procent de creștere a valorii punctului an 2008 față de an 2007	86,7%	83,0%	90,7%	73,2
Numărul total de puncte efectiv realizate per capita (an 2007)	54.300.813,4	54.380.522,1	54.370.442,2	54.416.390,2
Numărul total de puncte efectiv realizate per capita (an 2008)	54.299.180,0	56.222.816,8	55.459.866,9	55.968.653,2
Procent an 2008 față de an 2007 (număr puncte)	0,0%	3,4%	2,0%	2,9%

Valorile definitive ale punctelor in asistenta medicala primara	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. III
Pe serviciu (an 2007) – lei	0,78	0,86	1,45	0,94
Per serviciu (an 2008) - lei	2,37	5,03	4,31	2,34
Procent de creștere a valorii punctului an 2008 fata de an 2007	203,9	484,9	197,3	148,9
Numărul total de puncte efectiv realizate pe serviciu (an 2007)	31.136.318,1	28.979.919,2	17.824.634,1	27.645.157,1
Numărul total de puncte efectiv realizate pe serviciu (an 2008)	19.379.764,5	13.475.925,9	16.710.796,8	27.950.477,1
Procent an 2008 fata de an 2007(număr puncte)	-37,8%	-53,5%	-6,2%	1,1%

Alocarea de fonduri în asistenta medicală primară, mai mari în anul 2008 în sumă de **1.500.406** mii lei față de anul 2007 care au fost în sumă de **746.726** mii lei, a condus la creșterea valorii punctului „per capita” respectiv pe serviciu.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a fost instituția care a înțeles și a promovat conceptul de calitate a serviciilor medicale furnizate asiguraților, depunând eforturi continue pentru responsabilizarea tuturor factorilor implicați în procesul de îmbunătățire continuă a calității.

Având în vedere cele mai sus menționate, s-a urmărit eficientizarea sistemului de asistență medicală primara, prin :

- realizarea echilibrului între resursele alocate și gradul de satisfacție al pacienților privind serviciile medicale furnizate de către medicii de familie;
- asigurarea continuității în asistența primară prin centrele de permanenta care sa permită asiguraților din zone defavorizate accesul la servicii medicale ;
- evaluarea în raport cu performantele profesionale, a calității serviciilor medicale furnizate și costurile aferente acestora;
- continuarea derulării unor programe de sănătate cu scop curativ si prin medicul de familie, realizând astfel o monitorizare corecta a unor boli cronice cu impact major în starea de sănătate a populației.

Asistență medicală pentru specialități clinice

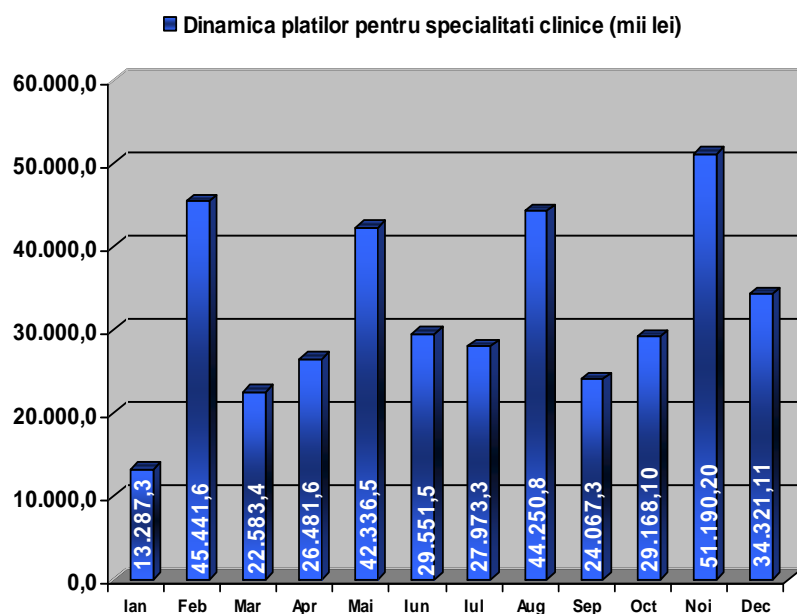
Fondurile alocate în anul 2008 pentru acest domeniu de asistență medicală sunt în suma de **395.306** mii lei.

Din aceste fonduri au fost efectuate plăți totale în suma de **390.652** mii lei, reprezentând **98,8%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în aceasta perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului de asistență medicală pentru specialități clinice ii revine o pondere de **2,5%**.

În cadrul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, plățile aferente asistentei medicale pentru specialități clinice dețin o pondere de **14,9%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală este următoarea



Comparativ cu anul 2007, plățile pentru asistență medicală pentru specialități clinice au crescut cu **60.458,4** mii lei, respectiv cu **18,3%**.

Plata serviciilor din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat in puncte sau in lei.

Situația comparativă a valorilor definitive ale punctelor in asistenta medicala pentru specialități clinice in anul 2008 comparativ cu anul 2007 se prezintă astfel:

Valorile definitive ale punctelor in asistenta medicala pentru specialități clinice	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Valoare an 2007 – lei	0,80	0,86	1,01	0,94
Valoare an 2008 – lei	0,86	0,99	1,03	0,94
Procent de creștere a valorii punctului an 2008 fata de an 2007	7,5%	15,1%	1,9%	0%
Numărul total de puncte efectiv realizate an 2007	101.610.938,7	98.878.462,3	89.913.896,6	96.804.651,4
Numărul total de puncte efectiv realizate an 2008	106.966.543,9	99.050.217,6	98.148.779,9	97.145.378,9
Procent de creștere a numărului de puncte an 2008 fata de an 2007	5,3%	0,2%	9,2%	0,4%

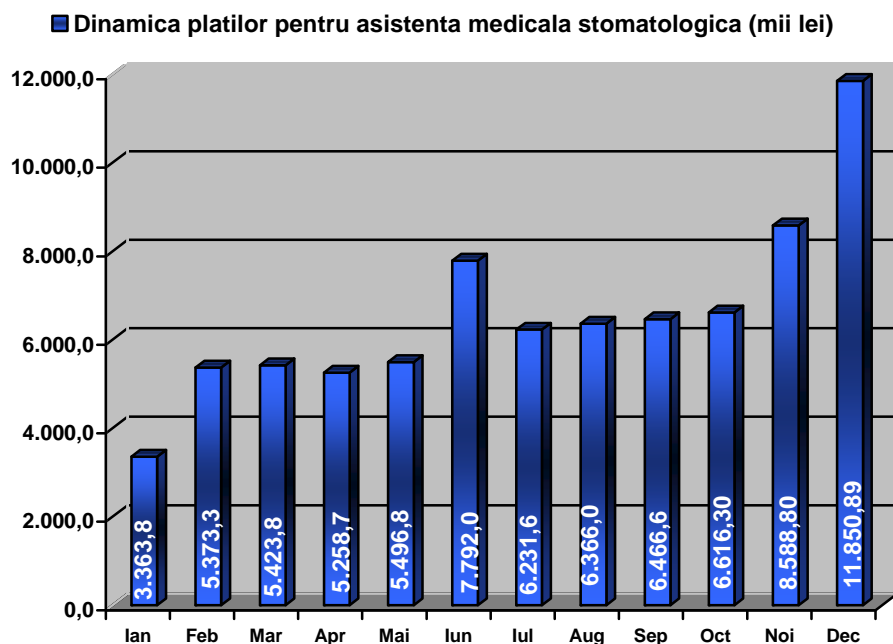
Asistență medicală ambulatorie stomatologică

Prevederea aprobată pentru anul 2008 a fost în suma de **78.989** mii lei, din care au fost efectuate plăți în valoare de **78.828** mii lei, rezultând un procent de realizare de **99,8%**.

Domeniul de asistență medicală ambulatorie stomatologică reprezintă **0,5%** din totalul plăților pentru servicii medicale și medicamente realizate în anul 2008.

În cadrul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, plățile aferente asistentei medicale stomatologice dețin o pondere de **3%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală este următoarea :



Comparativ cu anul 2007, plățile pentru asistența medicală stomatologică au crescut cu **11.386** mii lei, respectiv cu **16,9%**.

Asistență medicală ambulatorie pentru specialități paraclinice

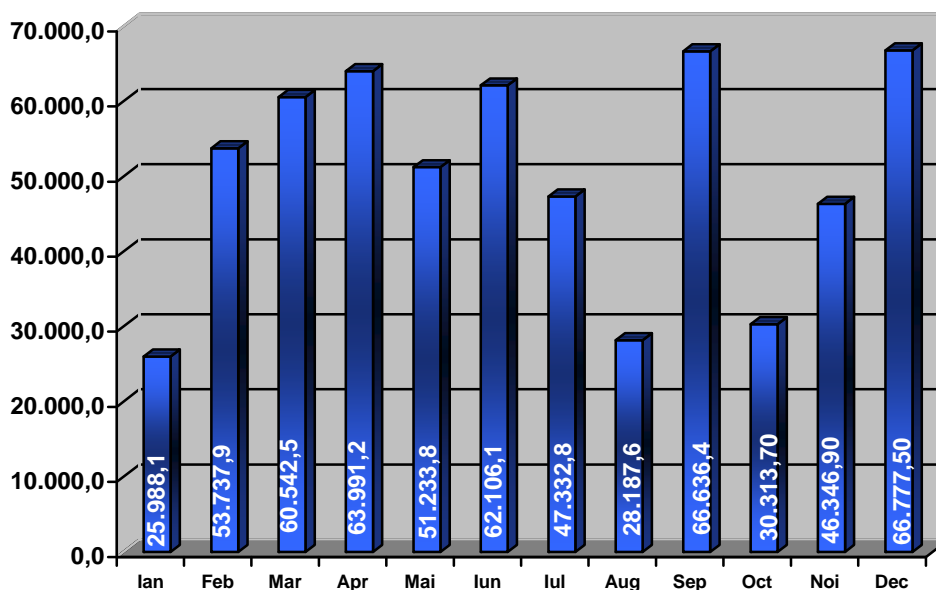
În acest domeniu de asistență medicală, prevederile pentru anul 2008 au fost de **632.999** mii lei, iar plățile în suma de **603.195** mii lei, reprezentând **95,3%** din prevederi. În cadrul plăților pentru asistenta medicală pentru specialități paraclinice, suma de **279.013,6** mii lei a fost destinată derulării „Programului național de evaluare a stării de sănătate a populației în asistența medicală primară” și suma de **2.830,9** mii lei subprogramului de diabet zaharat pentru dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c).

Ponderea acestui domeniu de asistență în totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, în anul 2008 este de **3,9%**.

În totalul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, plățile aferente asistentei medicale pentru specialități paraclinice dețin o pondere de **23%**.

În dinamica, plățile lunare pentru acest domeniu de asistență medicală sunt ilustrate astfel:

■ Dinamica platilor pentru asistenta medicala pentru specialitati paraclinice (mii lei)



Comparativ cu anul 2007, plățile aferente asistenței medicale ambulatorie pentru specialitățile paraclinice pentru activitatea curentă au crescut cu **29,3%**, respectiv cu 74.840,8 mii lei.

Asistență medicală în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare)

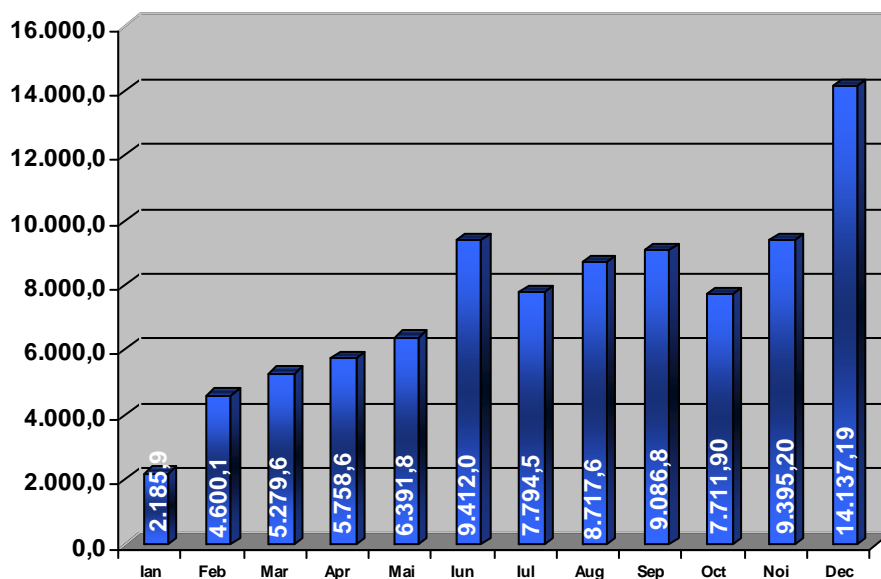
Prevederea aprobată pentru anul 2008 a fost în suma de **90.798** mii lei, din care au fost efectuate plăți în valoare de **90.471** mii lei, rezultând un procent de realizare de **99,6%**.

Din totalul plăților realizate în această perioadă pentru servicii materiale și prestări servicii cu caracter medical, acestui domeniu de asistență medicală îi revine o pondere de **0,6%**.

În plățile aferente serviciilor medicale în ambulatoriu acest domeniu deține o pondere ca plăți de **3,5%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2008 pentru acest domeniu de asistență medicală este următoarea :

■ **Dinamica platilor pentru asistenta medicala in centre medicale multifunctionale - servicii medicale de recuperare (mii lei)**



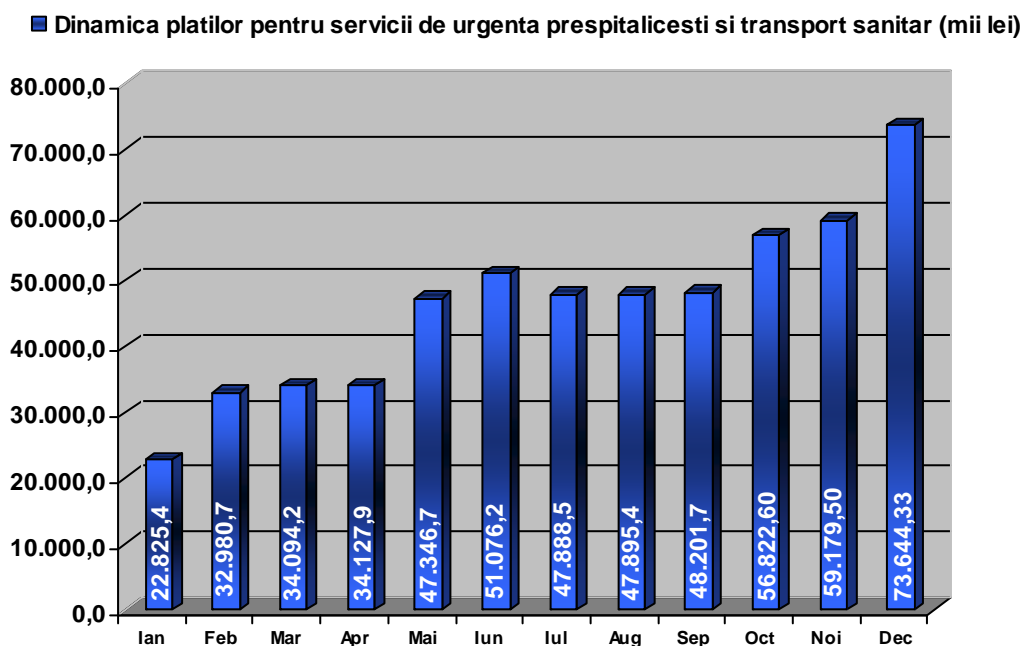
Comparativ cu anul 2007, plățile pentru asistență medicală în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare) au crescut în anul 2008 cu **21,5%**, reprezentând în sume absolute o creștere cu **16.031** mii lei.

Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar

Pentru acest domeniu de asistență medicală a fost alocată în anul 2008 suma de **556.169** mii lei, din care s-au efectuat plăți în valoare de **556.083** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **99,9%**.

Din totalul plăților efectuate în anul 2008 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, acestui domeniu de asistență medicală îi revine o pondere de **3,6%**.

Dinamica plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală este următoarea :



Comparativ cu anul 2007, plățile pentru serviciile de urgență prespitalicești și transport sanitar realizate în anul 2008 au crescut cu **50,9%**, reprezentând în sume absolute **187.462,4** mii lei.

Serviciile medicale în unități sanitare cu paturi

Fondurile alocate în anul 2008 corespunzătoare acestui domeniu de asistență medicală au fost de **7.523.142** mii lei.

Au fost efectuate plăți în suma de **7.522.036** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **99,9%**.

În total plăți pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, plățile aferente serviciilor medicale în unitățile sanitare cu paturi dețin o pondere de **48,1%**.

Comparativ cu anul 2007, plățile pentru asistență medicală spitalicească au crescut cu **25,7%**, reprezentând în sume absolute **1.539.088** mii lei.

În anul 2008, în cadrul plăților pentru servicii medicale în unitățile sanitare cu paturi sunt evidențiate separat:

- plățile pentru spitale generale – în suma de **7.452.125** mii lei, cu un procent de realizare față de prevederi de **99,9%**; acestea dețin o pondere de **47,7%** în cadrul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical și o pondere de **99,1%**, în cadrul plăților pentru serviciile medicale în unitățile sanitare cu paturi.

În cadrul plăților pentru spitale generale suma de **40.000** mii lei provine din sume alocate din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice, reprezentând sume pentru reîntregirea plăților efectuate de către unitățile sanitare în perioada 2006-2007, pentru datoriile către furnizori, înregistrate până la finele anului 2005.

- plățile pentru unitățile de recuperare – reabilitare a sănătății – în suma de **69.912** mii lei, cu un procent de realizare față de prevederi de **99,9%**; acestea dețin o pondere de **0,5%**, în cadrul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical și o pondere de **0,9%**, în cadrul plăților pentru serviciile medicale în unitățile sanitare cu paturi.

Asistenta medicala spitaliceasca este domeniul cu cea mai mare adresabilitate din partea asiguraților, ceea ce a făcut ca o mare parte din resursele sistemului sa se consume in acest sector.

Menținerea în funcțiune a unor structuri sanitare cu paturi , a căror întreținere necesită resurse suplimentare, precum si ponderea mare a cheltuielilor de personal, făcând din factorul uman un element de care trebuie să se țină seama in performanta, au condus la creșterea costurilor serviciilor medicale, asigurând totuși si o creștere a calității actului medical.

In anul 2008, în asistenta medicala spitaliceasca s-au avut in vedere monitorizarea atentă a numărului cazurilor internate in regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, contractarea de servicii în ambulatoriul integrat al spitalului care sa permită accesul crescut al pacienților la asistenta ambulatorie de specialitate precum si urmărirea mai atentă a pacientului externat, realizând astfel accesul populației la servicii de sănătate în timp util si in condiții de eficienta economica.

Furnizarea de servicii medicale spitalicești a fost acordata in anul 2008 in baza contractelor si a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având in vedere indicatorii specifici ai spitalelor.

Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele in anul 2008 s-a efectuat astfel :

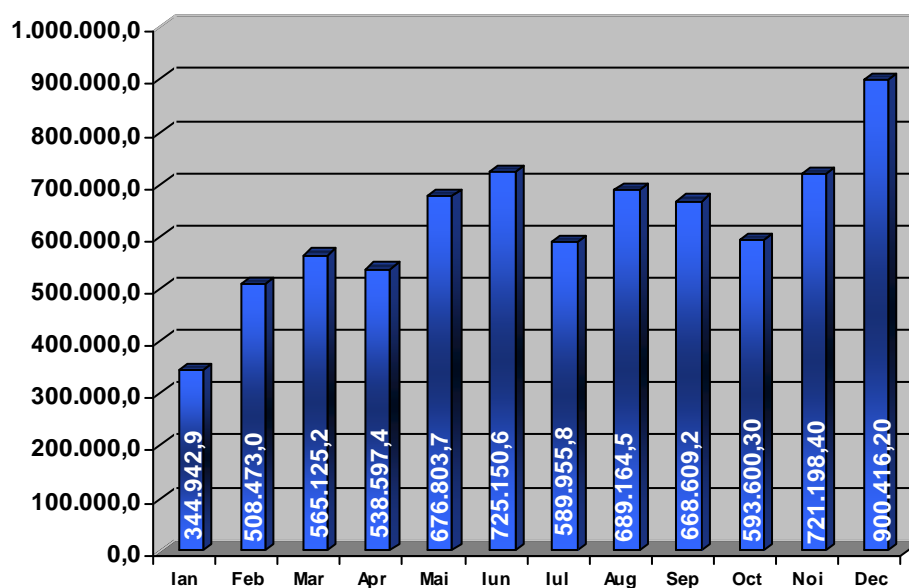
- mii lei-

Denumire indicator	Suma contractata an - 2008	Suma decontata an - 2008
Pentru servicii medicale spitalicești acordate in spitalele a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (D.R.G.)	5.008.648	4.969.168
Pentru spitalele pentru care plata se face pe tarif de zi de spitalizare (spitalele de cronici și de recuperare, precum si pentru secțiile si compartimentele de cronici, recuperare si neonatologie-prematuro - de sine stătătoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății în structura spitalelor - si din alte spitale)	964.972	958.656
Pentru serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum si pentru servicii medicale spitalicești acordate in secțiile si compartimentele de acuți (de sine stătătoare aprobate prin ordin al ministrului sănătății in structura spitalelor) din spitalele de cronici si de recuperare	818.796	816.904
Pentru programul național cu scop curativ, pentru medicamente si materiale sanitare specifice decontate in limita sumelor aferente subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ	570.277	563.020
Pentru serviciile de hemodializa, finanțate din fondul alocat pentru serviciile de hemodializa si dializa peritoneala	237.399	234.151

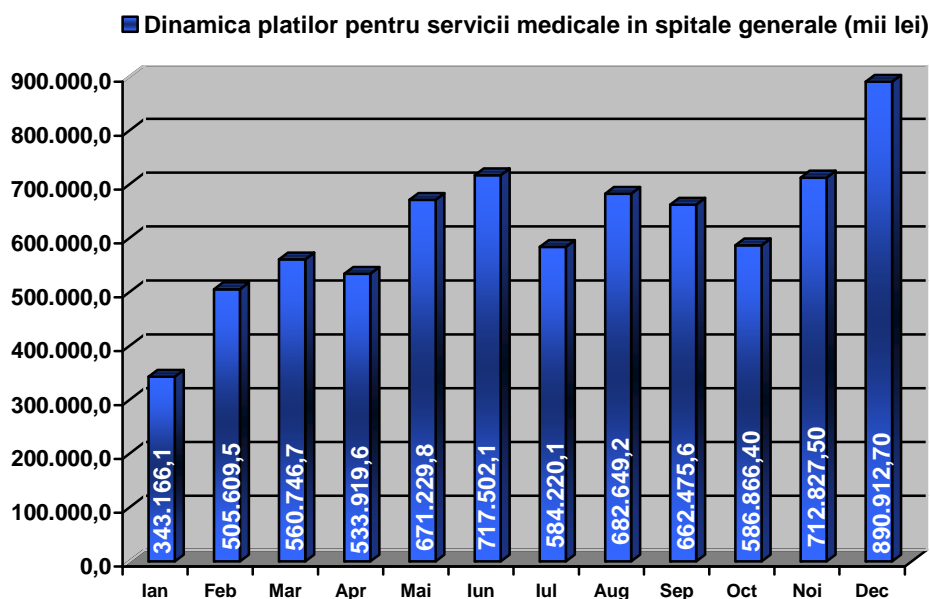
Pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in: oncologie medicala, diabet zaharat, nutriție si boli metabolice, care se afla in structura spitalului ca unități fără personalitate juridica, decontata din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice	10.816	10.635
Pentru investigații paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, decontate din fondul alocat asistentei medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice	57.929	55.348
Pentru serviciile medicale efectuate in regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat/serviciu medical si care se determina prin înmulțirea numărului negociat si contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri de servicii medicale, cu tariful negociat aferent acestora	452.225	449.652
Pentru servicii medicale de medicina dentara efectuate in cabinete de medicina dentara care se afla in structura spitalului ca unități fără personalitate juridica finanțate din fondul alocat asistentei medicale dentare	2.777	2.513

Evoluția în dinamică a plăților lunare a anului 2008 pentru serviciile medicale în unități sanitare cu paturi este următoarea:

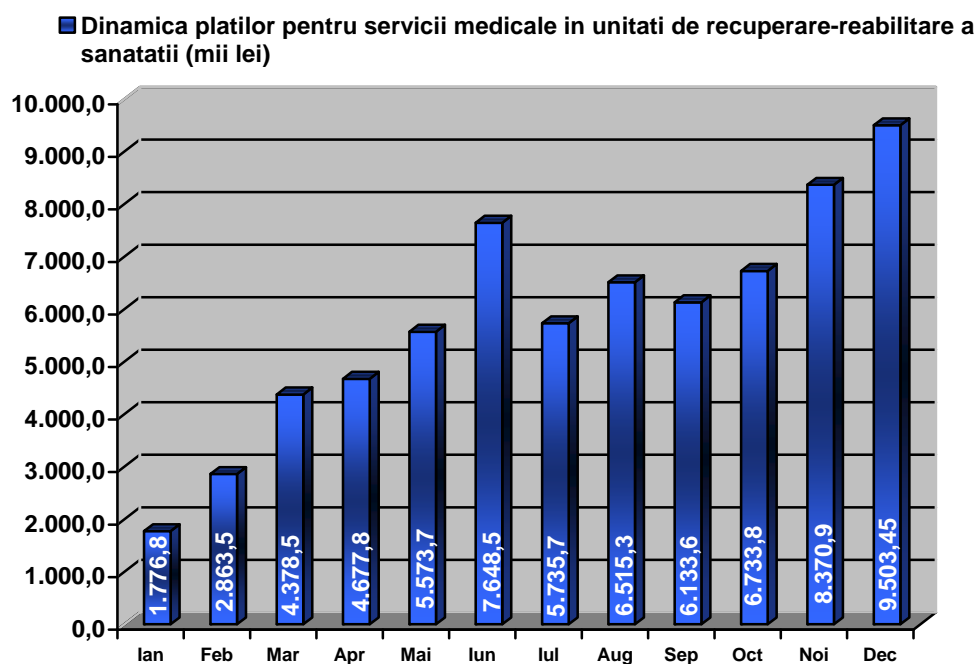
■ Dinamica platilor pentru servicii medicale in unitati sanitare cu paturi (mii lei)



Evoluția în dinamică a plăților lunare a anului 2008 pentru serviciile medicale în spitalele generale este următoarea:



Evoluția în dinamica a plăților lunare a anului 2008 pentru serviciile medicale în unitățile de recuperare - reabilitare este următoarea:



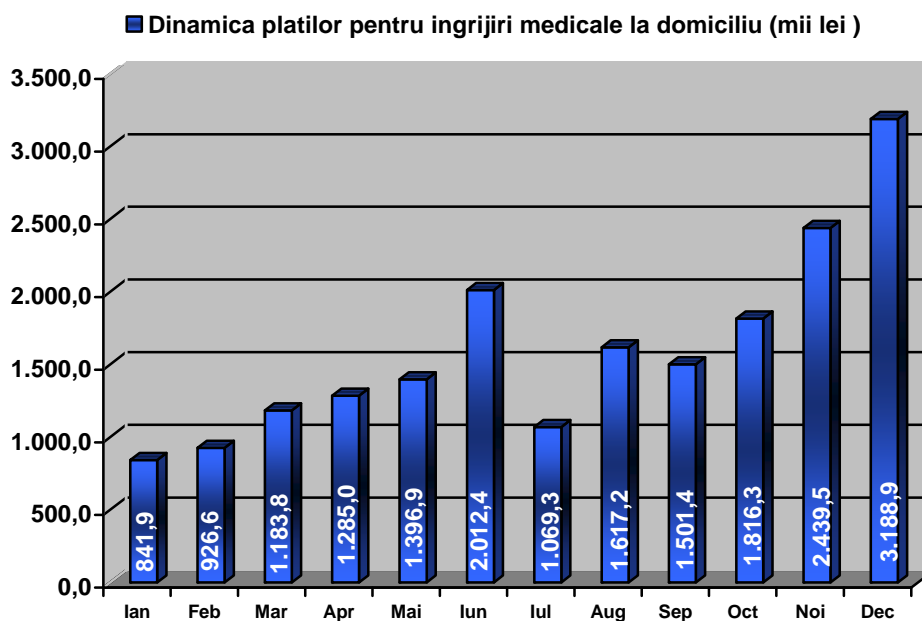
Servicii și îngrijiri medicale la domiciliu

Furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu acorda servicii în cadrul unui program stabilit în conformitate cu recomandările medicilor de specialitate ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de gradul de dependență al acestuia și cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

Prevederile aferente anului 2008 pentru acest domeniu de asistență medicală au fost de **19.484** mii lei, din care s-au efectuat plăți în valoare de **19.279,3** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **98,9%**.

Din totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical realizate în anul 2008, serviciile medicale de îngrijiri la domiciliu dețin o pondere de **0,1%**.

Dinamica plăților lunare pentru domeniul de asistență medicală pentru servicii și îngrijiri medicale la domiciliu este următoarea :



Comparativ cu anul 2007, plățile pentru acest domeniu de asistență medicală sunt mai mari cu **9.107** mii lei, respectiv cu **89,5%**.

Cheltuielile pentru Asigurări și Asistență Socială aprobate pentru anul 2008 sunt în suma de **815.412** mii lei. Realizările aferente anului 2008 la acest capitol sunt în suma de **765.690** mii lei.

Cheltuielile pentru plata drepturilor conform Ordonanței de Urgență a Guvernului nr.158/2005 sunt prevăzute, distinct la partea de cheltuieli a Bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

Cheltuielile pentru Asigurări și Asistență Socială s-au realizat astfel:

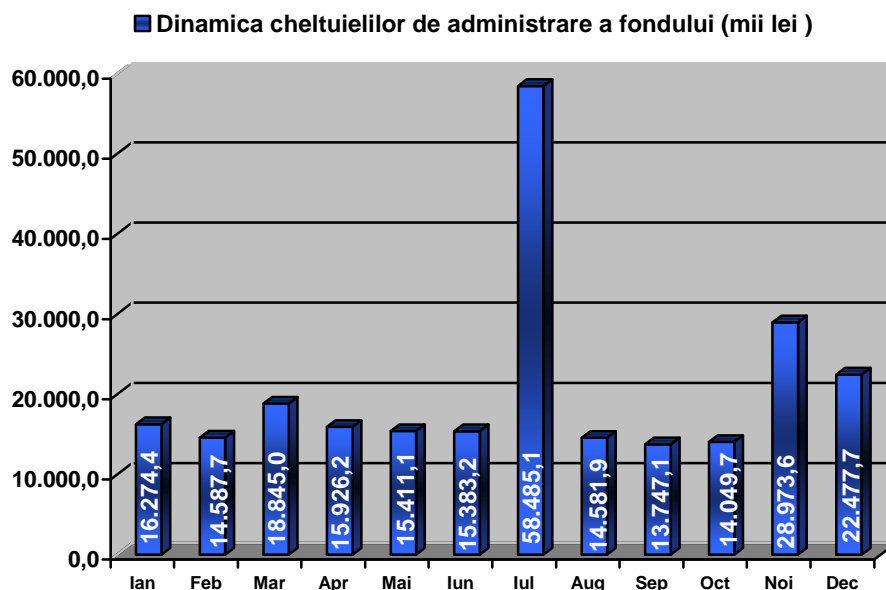
- asistență socială în caz de boli și invalidități în suma de **495.519** mii lei,
- asistență socială pentru familie și copii în suma de **270.212** mii lei.
- plăți efectuate în anii precedenți și recuperate în anul curent în suma de – **41,5** mii lei

Cheltuielile de administrare și funcționare aprobate pentru anul 2008 sunt în suma de **313.441** mii lei.

Realizările aferente anului 2008 la acest capitol sunt în suma de **249.972** mii lei, reprezentând un procent de realizare **79,8 %** .

Din totalul cheltuielilor realizate în anul 2008 cheltuielile de administrare a fondului dețin o pondere de **1,6%**.

Dinamica cheltuielilor de administrare și funcționare în anul 2008 se prezintă astfel:



În cadrul **cheltuielilor de administrare și funcționare**, ponderea fiecărui titlu este ilustrată de următoarele procente:

- **53,6%** cheltuieli de personal;
- **20,4%** cheltuieli materiale ;
- **26,0%** cheltuieli de capital.

Cheltuielile de personal din sistemul de asigurări sociale de sănătate s-au efectuat potrivit legislației aplicabile personalului din sectorul bugetar.

În anul 2008, conform O.U.G nr.112/2008 *cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 2008* Cheltuielile de personal au fost majorate prin redistribuire de la alte articole bugetare cu suma de **325** mii lei.

Din totalul cheltuielilor de personal aprobate pentru anul 2008 în suma de **135.005** mii lei s-au efectuat plăți în suma de **133.874** mii lei, reprezentând un procent de **99,2%**.

Din **cheltuielile materiale** aprobate pentru anul 2008 în suma de **72.384** mii lei s-au efectuat plăți în suma de **51.090,0** mii lei, procentul de realizare fiind de **70,6%**.

Cheltuieli de capital

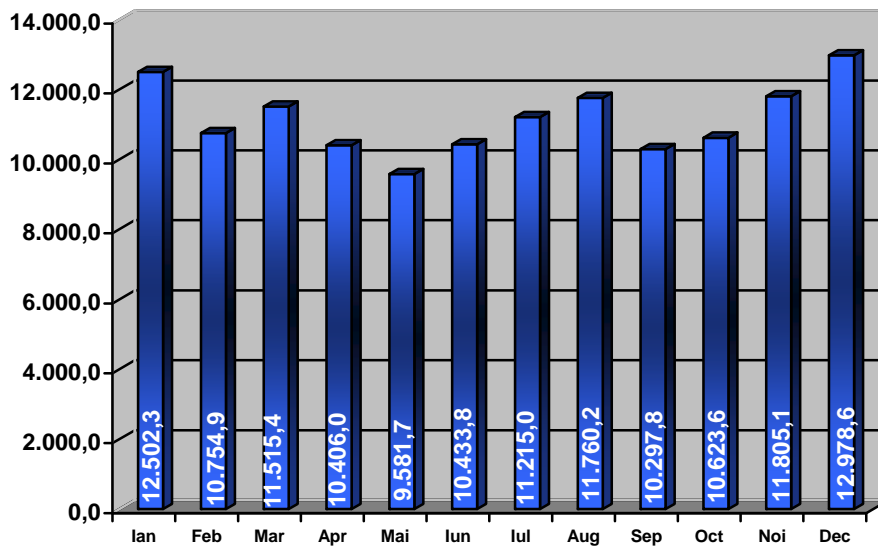
Cheltuielile de capital prevăzute pentru anul 2008 au fost în suma de **106.052** mii lei, din care s-au realizat plăți în suma de **65.008** mii lei (**61,3%** procent de realizare).

O componentă care trebuie menționată ca având implicații în îmbunătățirea calității asistenței medicale și utilizarea eficientă a resurselor, este implementarea Sistemului Integrat Unic Informatizat, care va permite :

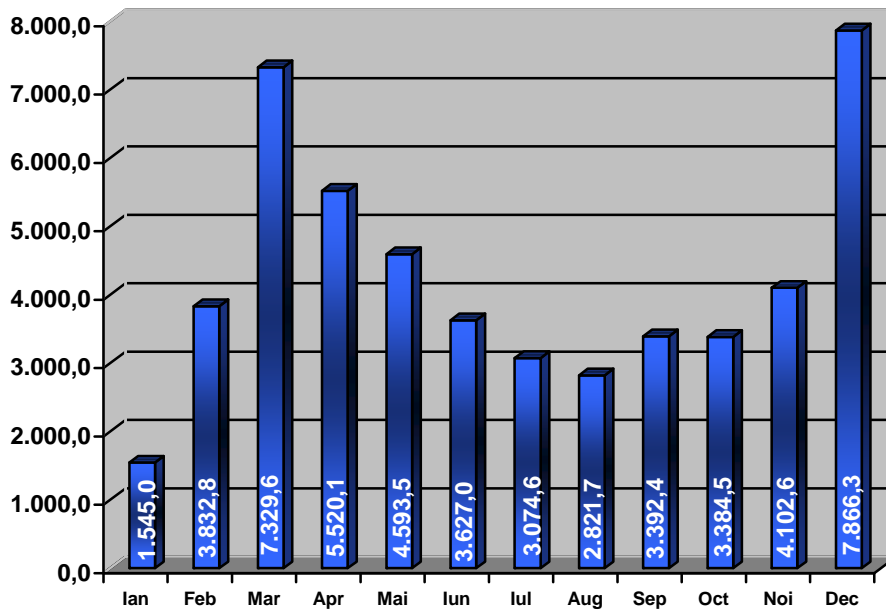
- gestionarea transparentă a resurselor pentru ocrotirea sănătății ;
- gestionarea datelor medicale în scopul fundamentării reale a măsurilor de optimizare a sistemului ;
- asigurarea unui suport corect și coerent pentru decizia managerială;
- accesul la informații și comunicare operativă și eficientă;
- evidența documentelor și legislației și accesul direct la acestea ;
- asigurarea comunicării operative și oportune între diferitele niveluri de conducere.

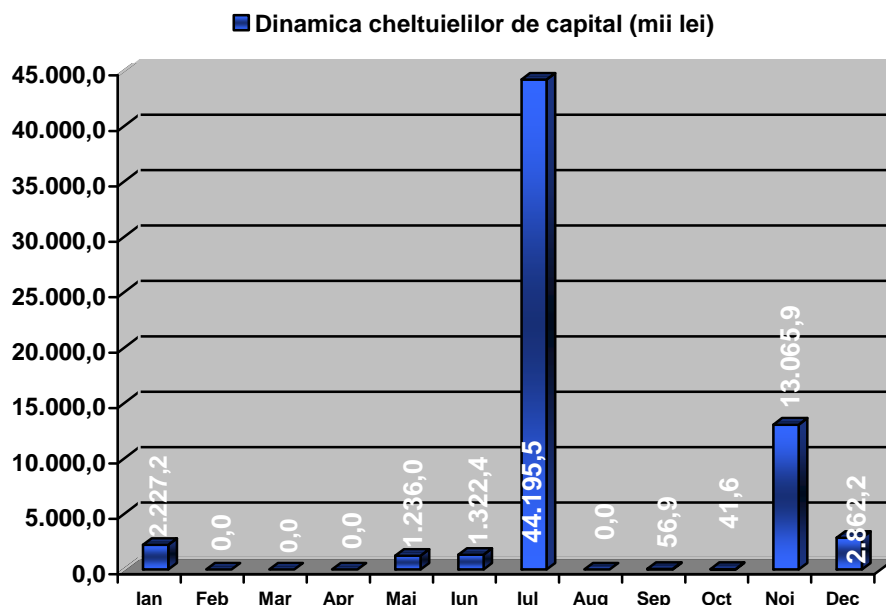
Dinamicile cheltuielilor de personal, a cheltuielilor materiale și a cheltuielilor de capital în anul 2008 se prezintă astfel:

■ Dinamica cheltuielilor de personal (mii lei)



■ Dinamica cheltuielilor materiale (mii lei)





Situația creanțelor datorate la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru concedii și indemnizații în anul 2008

În baza prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate și a Normelor de aprobare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 60/32/2006, activitatea de înregistrare și evidența a declarațiilor de asigurare pentru concedii și indemnizații, precum și de plata a contribuțiilor pentru concedii și indemnizații revine în sarcina caselor de asigurări de sănătate care au primit și înregistrat documentele respective.

Situația recuperării contribuției pentru concedii și indemnizații

În urma analizei situației recuperării contribuției pentru concedii și indemnizații, se constată că la sfârșitul anului 2008 se înregistrează un sold al creanțelor în suma de - 1.194.027,85 mii lei.

Suma constituită de persoanele fizice în această perioadă, conform declarațiilor de asigurare pentru concedii și indemnizații depuse la casele de asigurări de sănătate județene, casa de asigurări de sănătate a municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului este de -296,97 mii lei.

Din suma totală constituită, în anul 2008 s-au încasat 263.922,49 mii lei, din care :

- de la persoane fizice: 2.012,21 mii lei
- de la angajatori: 261.910,27 mii lei

Soldul creanțelor înregistrate la sfârșitul anului 2008 se compune din :

- persoane fizice -296,97 mii lei, reprezentând 0,02% din totalul creanțelor
- angajator -1.193.730,88 mii lei, reprezentând 99,98% din totalul creanțelor

Situația asiguraților persoane fizice/angajatorilor

În anul 2008, numărul mediu lunar al salariaților și al persoanelor care au beneficiat de indemnizație de șomaj înregistrat la casele de asigurări de sănătate pe baza declarațiilor privind evidența obligațiilor de plată către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, a fost de 5.802.725 asigurați, din care :

- salariați 5.713.404 reprezentând 98,46%
- persoane care beneficiază de indemnizație de șomaj 89.321 reprezentând 1,54 %.

Numărul mediu lunar al angajatorilor și al instituțiilor care administrează bugetul asigurărilor pentru șomaj înregistrat la casele de asigurări de sănătate pe baza declarațiilor privind evidența obligațiilor de plată către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a fost de 365.711.

Suma totală încasată de la angajatori și de la instituțiile asimilate angajatorilor în anul 2008, conform evidentelor ANAF transmise caselor județene de asigurări de sănătate și casei de asigurări de sănătate a municipiului București este de 261.910,27 mii lei , din care :

- 260.970,48 mii lei de la angajatori
- 939,79 mii lei de la instituțiile asimilate angajatorilor

Suma încasată de la persoanele fizice înregistrate pe baza de declarație de asigurare pentru concedii și indemnizații la casele de asigurări de sănătate , casa de asigurări de sănătate a municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului, este de 2.012,21 mii lei, din care :

- 366,86 mii lei de la asigurații care sunt notari sau executori judecătorești ;
- 658,30 mii lei de la asigurații care dețin cabinete medicale sau sunt farmaciști ;
- 21,92 mii lei de la asigurații care au cabinet de avocatură ;
- 33,24 mii lei de la asigurații care au calitatea de experți contabili sau contabili autorizați
- 172,36 mii lei de la asigurații care sunt asociați, comanditari sau acționari
- 98,65 mii lei de la asigurații care au calitatea de administratori sau acționari
- 36,42 mii lei de la asociațiile familiale
- 624,47 mii lei de la asigurații-liber profesioniști

În anul 2008, numărul mediu lunar al persoanelor fizice înregistrate pe baza de declarație de asigurare pentru concedii medicale și indemnizații este de:

Număr persoane fizice, din care:	10.930	100 %
- notari / executor judecătoresc	108	0,99%
- cabinet medical / farmaciști	2.383	21,80%
- cabinet avocatură	330	3,02%
- expert contabil / contabil autorizat	260	2,38%
- asociați / comanditari / acționari	1.873	17,14%
- administratori / manageri	974	8,91%
- asociație familială	2.844	26,02%
- liber profesioniști	2.158	19,74%

Situația plăților efectuate de angajatori pentru contribuția de concedii și indemnizații

La sfârșitul anului 2008, *contribuția totală constituită pentru concedii și indemnizații* a fost de 649.772,49 mii lei, conform declarațiilor privind evidența obligațiilor de plată către Fondul național unic de asigurări de sănătate pentru concedii și indemnizații depuse de angajatori la casele de asigurări de sănătate județene și la casa de asigurări de sănătate a municipiului București.

Total cuantum prestații de suportat din bugetul F.N.U.A.S.S. pentru concedii și indemnizații a fost de 1.152.256,94 mii lei, din care :

- indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă 831.834,49 mii lei
- prevenire îmbolnăvire 1.144,88 mii lei
- sarcină și lăuzie 279.584,64 mii lei
- îngrijire copil bolnav 25.173,36 mii lei
- indemnizație de risc maternal 14.519,57 mii lei

Suma rămasă de virat la F.N.U.A.S.S. de angajatori pentru concedii și indemnizații, conform declarațiilor privind evidența obligațiilor de plată către Fondul național unic de asigurări de sănătate pentru concedii și indemnizații depuse de angajatori la casele de asigurări de sănătate județene și la casa de asigurări de sănătate a municipiului București este de 220.748,5 mii lei.

Suma rămasă de recuperat de angajator de la F.N.U.A.S.S., conform declarațiilor privind evidența obligațiilor de plată către Fondul național unic de asigurări de sănătate pentru concedii și indemnizații depuse de angajatori la casele de asigurări de sănătate județene și la casa de asigurări de sănătate a municipiului București este de 2.643.567,2 mii lei.

Situația plăților efectuate de casele de asigurări de sănătate persoanelor fizice pentru indemnizațiile de concedii medicale

În anul 2008, totalul sumelor suportate de casele de asigurări de sănătate din F.N.U.A.S.S. pentru concedii și indemnizații a fost de 3.196,33 mii lei, din care :

- | | |
|--|---------------------|
| • pentru indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă | 1.607,33 mii lei ; |
| • prevenire îmbolnăvire | 2,27 mii lei; |
| • pentru sarcină și lăuzie | 1.1553,99 mii lei ; |
| • pentru îngrijire copil bolnav | 27,6 mii lei ; |
| • pentru indemnizație de risc maternal | 5,29 mii lei ; |

Suma plătită persoanelor fizice pentru indemnizația de concedii medicale a fost de 3.294,49 mii lei.

Suma rămasă de plată persoanelor fizice pentru indemnizația de concedii medicale a fost de 351,68 mii lei.

Situația concediilor medicale și a indemnizațiilor suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

În anul 2008, la casele de asigurări de sănătate județene, casa de asigurări de sănătate a municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicațiilor și Turismului au fost depuse un număr de 3.935.417 concedii medicale, din care:

- pentru angajatori 3.928.657
- pentru persoane fizice 6.760

Numărul zilelor de prestații suportate din F.N.U.A.S.S. a fost de 23.525.489 zile, în medie 1.960.457 zile pe luna.

Situația creanțelor datorate de către persoanele fizice la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și recuperarea acestora de către Agenția Națională de Administrare Fiscală

În urma analizei situației creanțelor datorate de persoanele fizice la Fondul național unic de asigurări de sănătate, se constată că la data de 31 decembrie 2008, respectiv la nivelul perioadei ianuarie - decembrie 2008, se înregistrează un sold al creanțelor în sumă de **119.990,28** mii lei, cu 37.239,38 mii lei mai mult, comparativ cu soldul creanțelor la data de 31 decembrie 2007, care era de 82.750,90 mii lei .

- mii lei-

Soldul creanțelor	Ianuarie - Decembrie 2008	Ianuarie - Decembrie 2007
Contribuție asigurați	64.556,25	46.728,34
Majorări de întârziere	55.434,03	36.022,56
TOTAL	119.990,28	82.750,90

Situația recuperării creanțelor de la persoanele fizice, în perioada ianuarie-decembrie 2008 comparativ cu aceeași perioadă a anului 2007, se prezintă astfel :

-mii lei-

Denumire indicator	Ianuarie - Decembrie 2008	Ianuarie - Decembrie 2007
Recuperare creanțe	297.055,68	229.269,46
Contribuție asigurați	269.330,84	204.913,65
Majorări de întârziere	27.724,83	24.355,81

Situația creanțelor noi înregistrate și datorate de persoanele fizice la nivelul celor douăsprezece luni ale anului 2008, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2007, se prezintă astfel:

-mii lei-

Denumire indicator	Ianuarie - Decembrie 2008	Ianuarie - Decembrie 2007
Creanțe	334.295,06	253.772,05
Contribuție asigurați	287.143,18	219.492,21
Majorări de întârziere	47.151,88	34.279,84

In perioada ianuarie-decembrie 2008, la nivelul caselor de asigurări de sănătate s-a înregistrat un număr de **45.952 cazuri de executare silită**, iar suma încasată în urma aplicării măsurilor de executare silită este de **19.040,48** mii lei.

In perioada ianuarie-decembrie 2007, la nivelul caselor de asigurări de sănătate se înregistrează un număr de **56.247 cazuri de executare silită**, iar suma încasată în urma aplicării măsurilor de executare silită este de **9.849,68** mii lei .

Numărul persoanelor fizice pe categorii de asigurați și suma încasată, înregistrate pe bază de declarație sau contract de asigurare la casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București se prezintă astfel:

-mii lei-

Denumire indicator	Nr. pers. fizice ianuarie-decembrie 2008	Suma recuperata ianuarie-decembrie 2008	Nr. pers. fizice ianuarie-decembrie 2007	Suma recuperata ianuarie-decembrie 2007
Liberi profesioniști	308.228	230.567,03	286.357	171.336,64
Agricultori	61.244	4.527,21	60.822	4.282,66
Persoane nesalariate	338.011	52.389,12	284.536	45.628,40
Persoane cu venit sub salariul de baza	69.982	7.473,85	76.296	6.302,26
Persoane care se asigura facultativ	6.493	2.098,47	10.883	1.719,51
TOTAL	783.958	297.055,68	718.894	229.269,46

Raport privind recuperarea creanțelor prin Agenția Națională de Administrare Fiscală

Ianuarie – decembrie 2008 fata de ianuarie – decembrie 2007

Conform art. 27 alin.(1) din Ordonanța Guvernului nr. 86/2003 privind reglementarea unor măsuri în materie financiar-fiscală, cu modificările și completările ulterioare, începând cu data de 1 ianuarie 2004, activitatea privind declararea, constatarea, controlul, colectarea și soluționarea contestațiilor pentru contribuția la asigurările sociale de sănătate, datorată de persoanele juridice și persoanele fizice care au calitatea de angajator, se realizează de Ministerul Economiei și Finanțelor și unitățile sale subordonate, care au și calitatea de creditor bugetar.

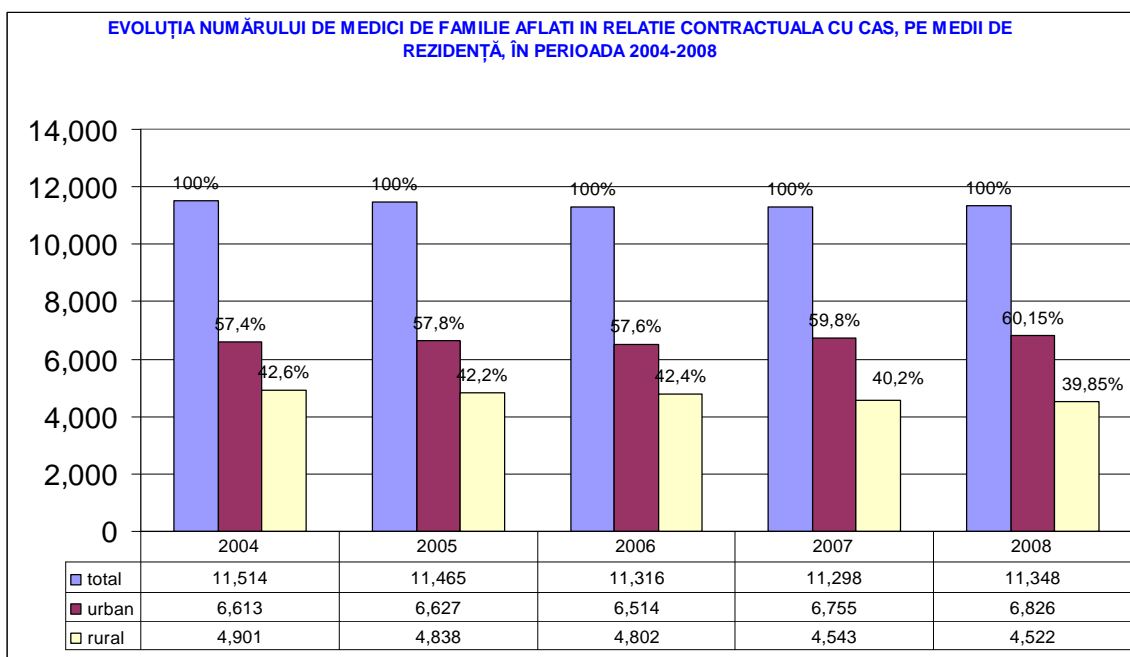
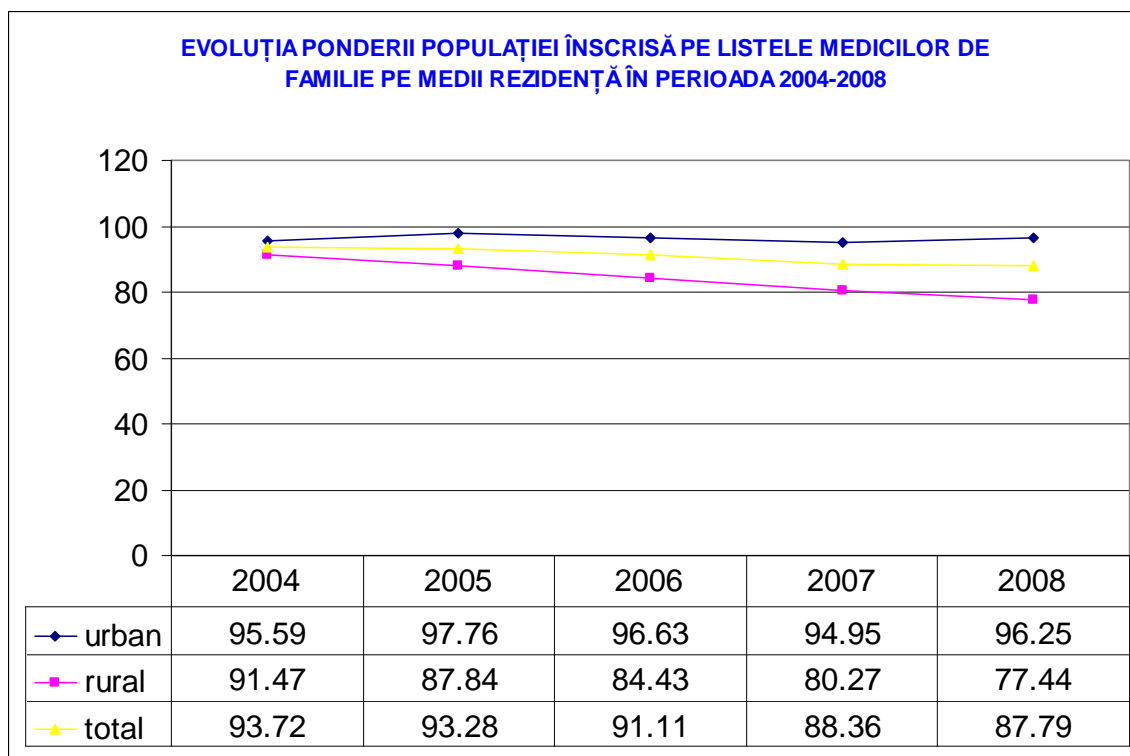
În perioada ianuarie - decembrie 2008, situația creanțelor la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2007, conform evidențelor Agenției Naționale de Administrare Fiscală, transmise caselor de asigurări de sănătate, se prezintă astfel:

-mii lei-

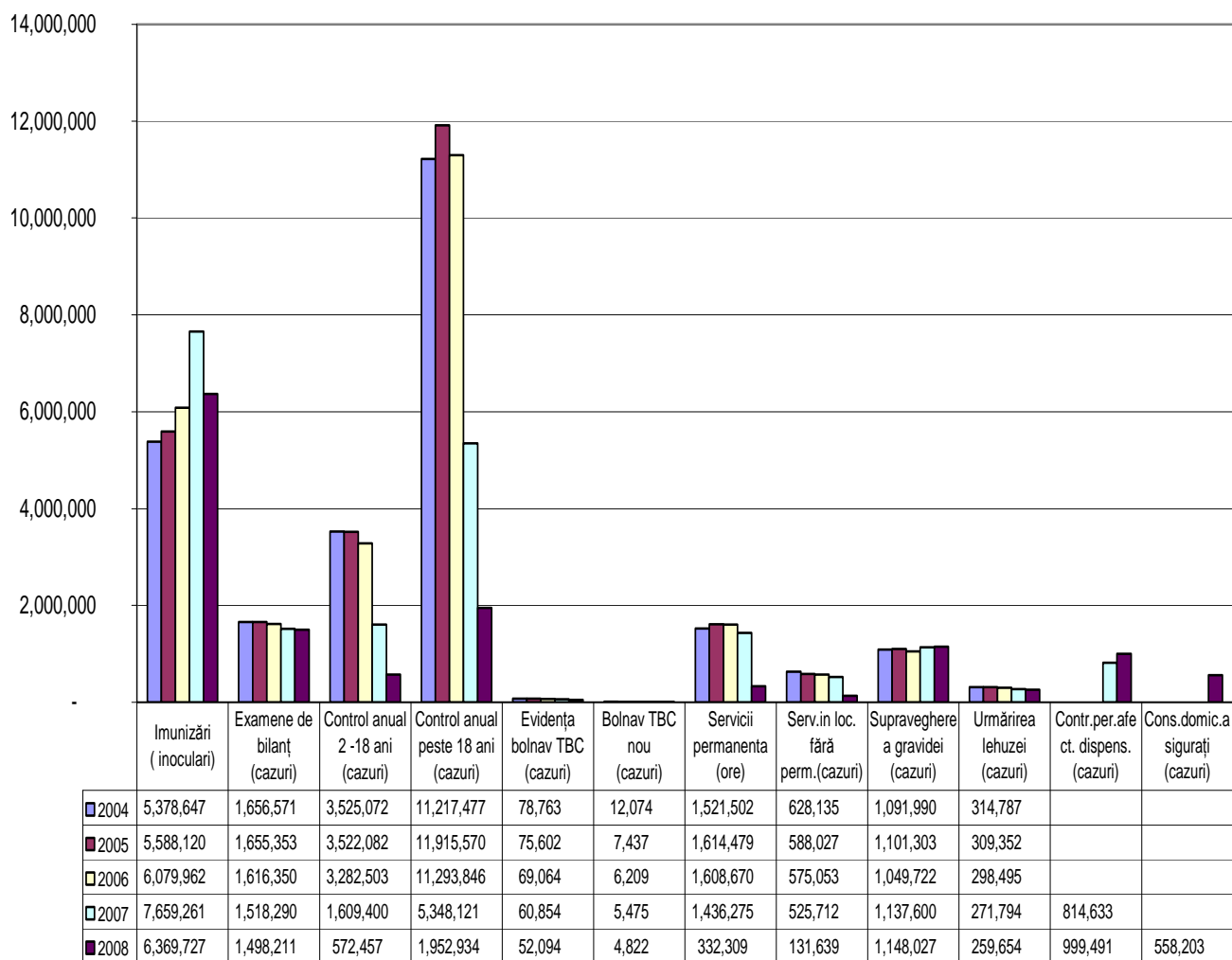
Denumire indicator	Ianuarie – Decembrie 2008	Ianuarie – Decembrie 2007
Creanțe noi înregistrate	14.639.493,19	11.816.787,74
Încasări	13.123.122,18	11.247.210,41
Sold final	4.464.405,54	2.948.034,54

III. FURNIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

Asistența medicală primară

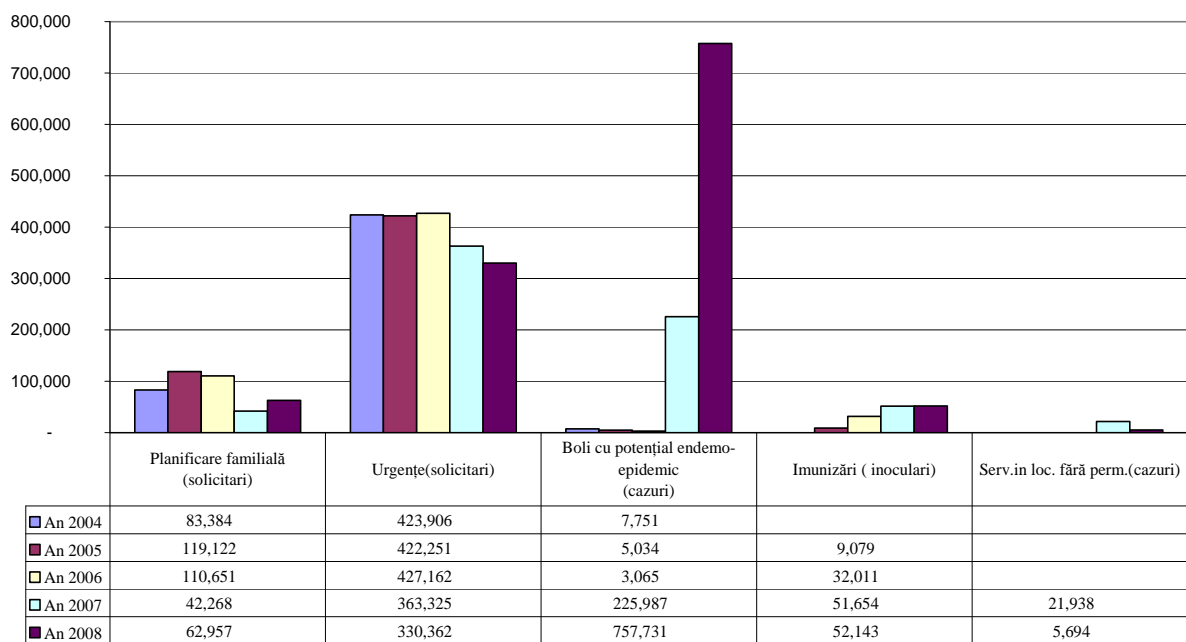


EVOLUȚIA SERVICIILOR DIN PACHETUL DE BAZĂ ACORDAT DE MEDICII DE FAMILIE ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CAS ÎN PERIOADA 2004-2008

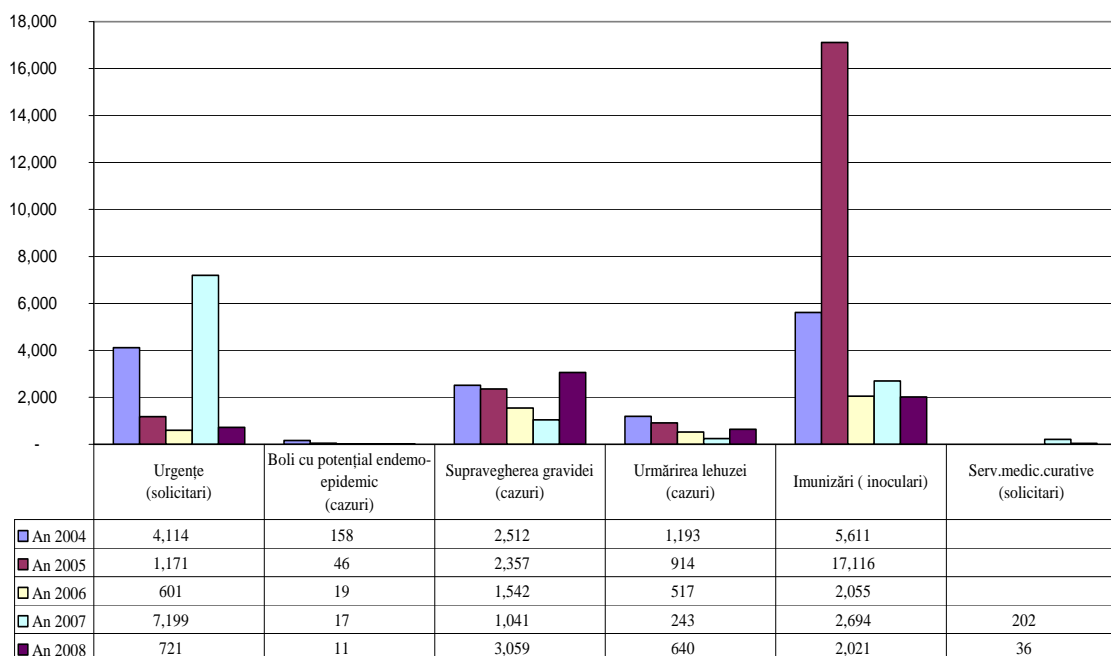


Notă: În anul 2008 serviciile medicale privind „controlul anual” atât pentru grupa de vârstă 2-18 ani cât și pentru asigurații peste 18 ani au scăzut deoarece aceste servicii medicale au fost efectuate în cadrul PNES.

EVOLUȚIA SERVICIILOR DIN PACHETUL MINIMAL ACORDAT DE MEDICII DE FAMILIE ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2004-2008

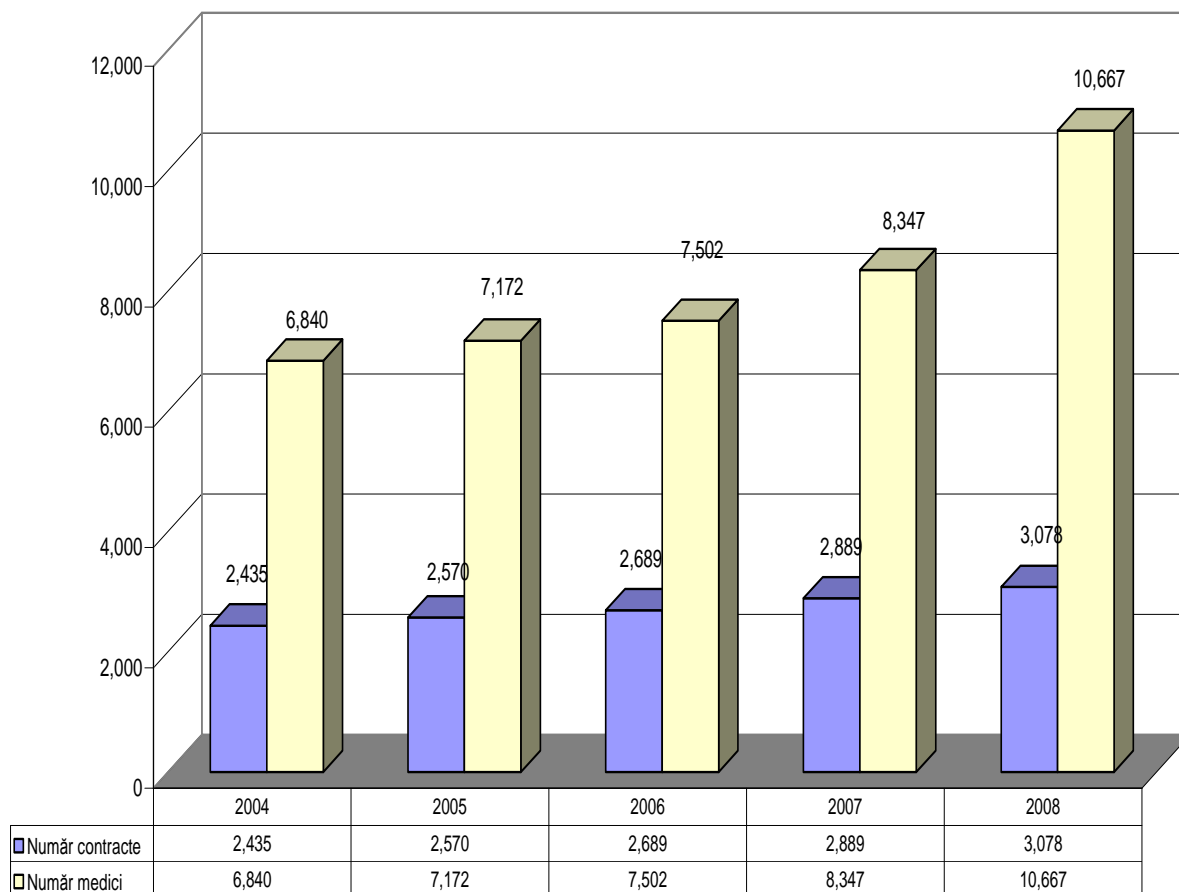


EVOLUȚIA SERVICIILOR DIN PACHETUL FACULTATIV ACORDATE DE MEDICII DE FAMILIE ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2004-2008



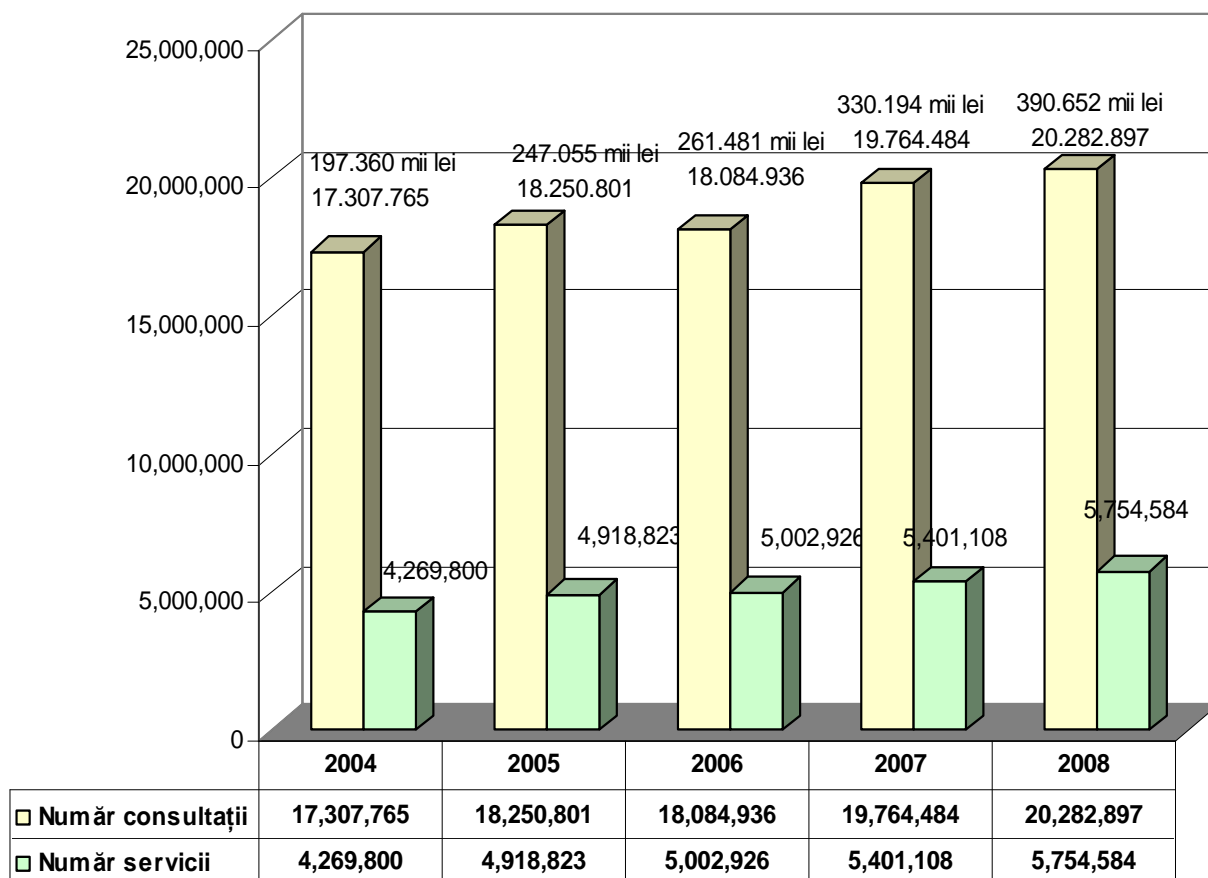
Asistența medicală ambulatorie de specialitate – specialități clinice

EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE ȘI A NUMĂRULUI MEDICILOR DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIUL CLINIC AFLAȚI ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS LA 31 DECEMBRIE ÎN ANII 2004-2008



Notă: În anul 2008 acordarea asistenței medicale de specialitate clinică s-a realizat și prin medicii din structura spitalului care au acordat servicii medicale în ambulatoriul integrat al spitalelor.

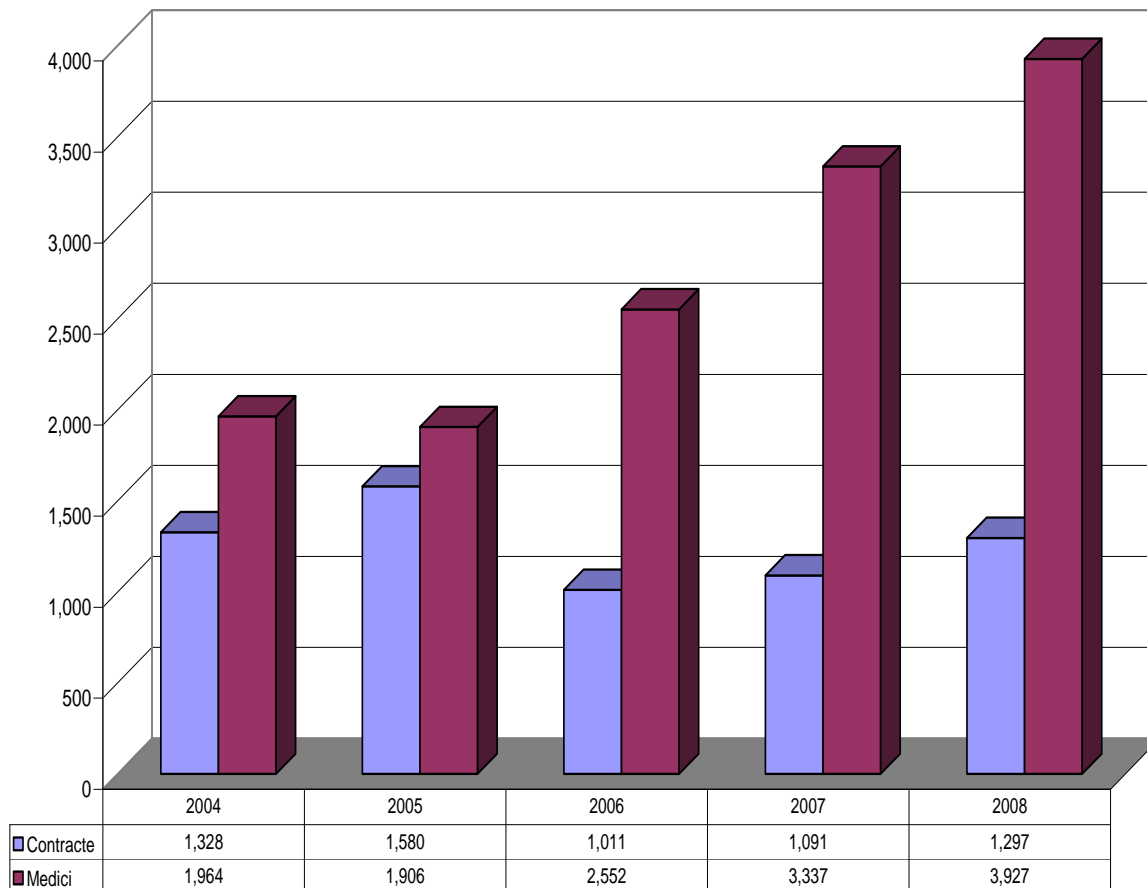
**EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONSULTAȚII ȘI SERVICII MEDICALE IN ASISTENȚA
MEDICALĂ AMBULATORIE-CLINIC ÎN PERIOADA 2004-2008**



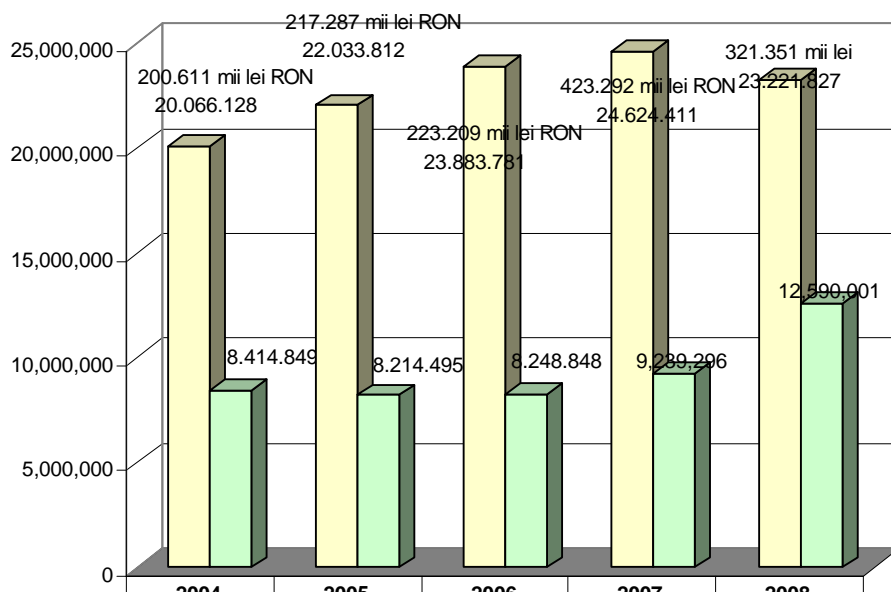
An	2004	2005	2006	2007	2008
Fondul alocat ambulat. clinic (mii lei)	197,360	247,055	261,481	330,194	390,652

Asistența medicală ambulatorie de specialitate – specialități paraclinice

SITUAȚIA NUMĂRULUI MEDICILOR ȘI A CONTRACTELOR ÎNCHEIATE CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE LA 31 DECEMBRIE ÎN ANII 2004-2008



**EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE DECONTATE DE CAS
DUPĂ TIPUL RECOMANDĂRII ÎN PERIOADA 2004-2008**



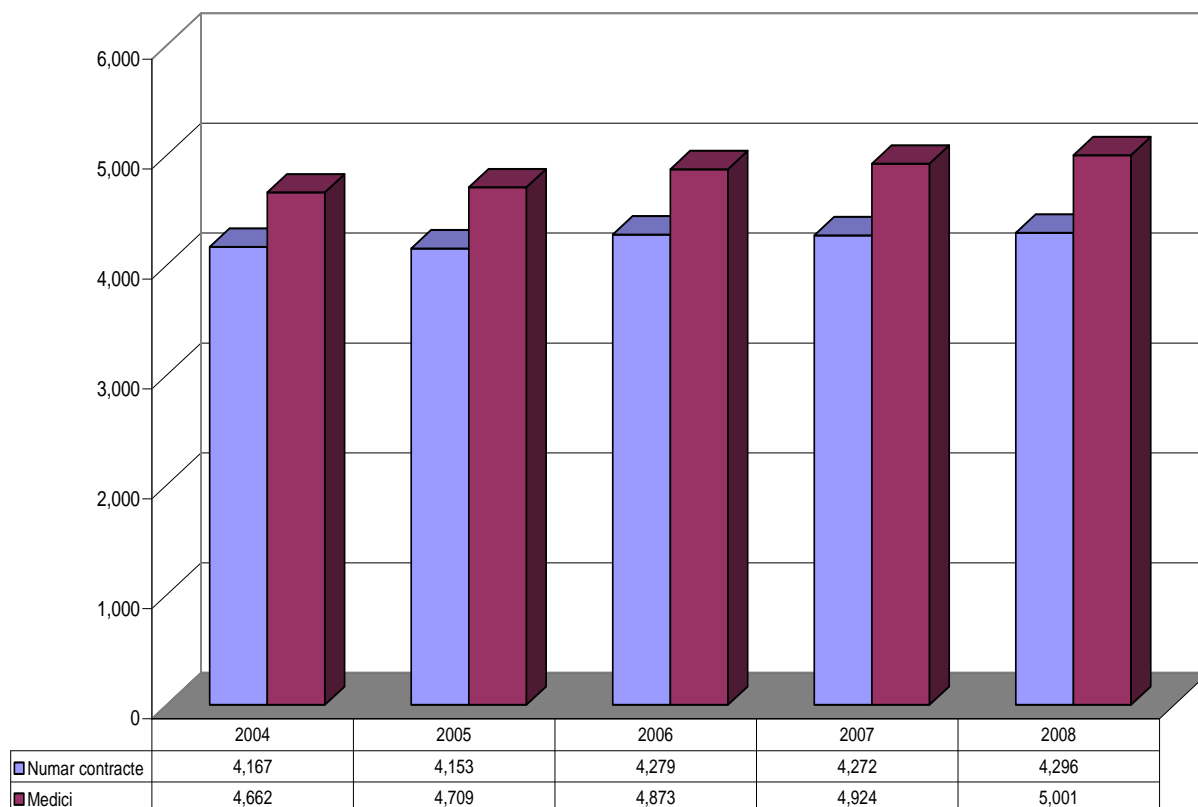
□ Recomandate de medici de familie	20,066,128	22,033,812	23,883,781	24,624,411	23,221,827
□ Recomandate de medici de specialitate	8,414,849	8,214,495	8,248,848	9,239,296	12,590,001

An	2004	2005	2006	2007	2008
Fondul alocat ambulat. paraclinic (mii lei RON)	200,611	217,287	223,209	423,292	321,351

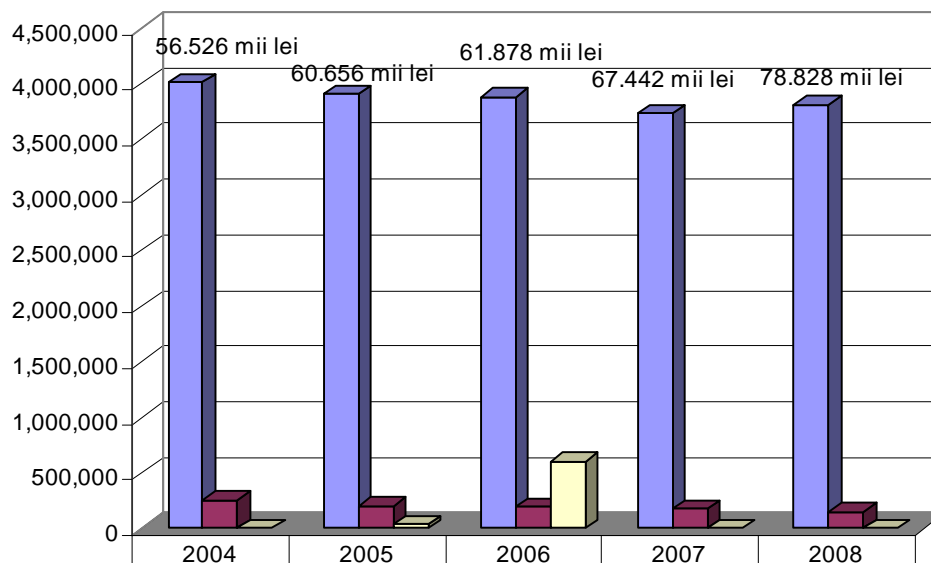
Notă : Fondul alocat pentru ambulatoriul de specialitate – specialități paraclinice în anul 2008 a fost de 603 195,5 mii lei din care 321 351 mii lei alocat pentru servicii medicale paraclinice în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, diferența de 279 013,6 mii lei fiind utilizată pentru analize de laborator în cadrul PNES, iar suma de 2830,9 mii lei pentru dozarea hemoglobinei glicozilate în cadrul subprogramului de diabet zaharat.

Asistența medicală ambulatorie de medicină dentară

SITUAȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE ȘI A NUMĂRULUI MEDICILOR DENTIȘTI AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CAS LA 31 DECEMBRIE ÎN ANII 2004-2008



**EVOLUȚIA SERVICIILOR DE MEDICINĂ DENTARĂ DECONTATE
DE CAS ÎN PERIOADA 2004-2008**

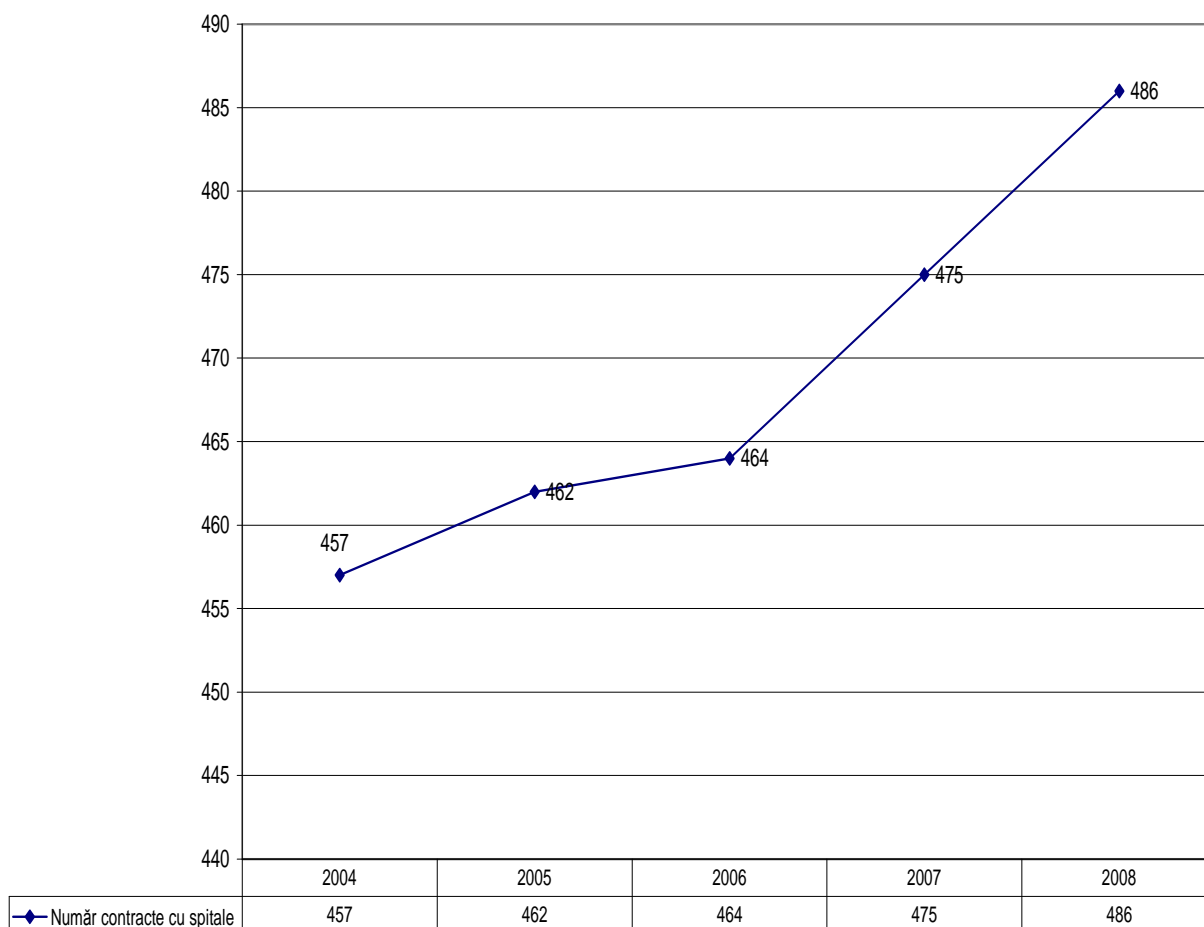


	2004	2005	2006	2007	2008
■ PACHET DE BAZĂ	4,006,876	3,907,803	3,883,996	3,730,973	3,811,743
■ PACHET MINIMAL	253,986	206,489	191,630	175,865	153,873
■ PACHET FACULTATIV	882	36,340	598,406	3,493	1,150

An	2004	2005	2006	2007	2008
Fondul alocat ambulat. stomat. (mii lei)	56,526	60,656	61,878	67,442	78,828

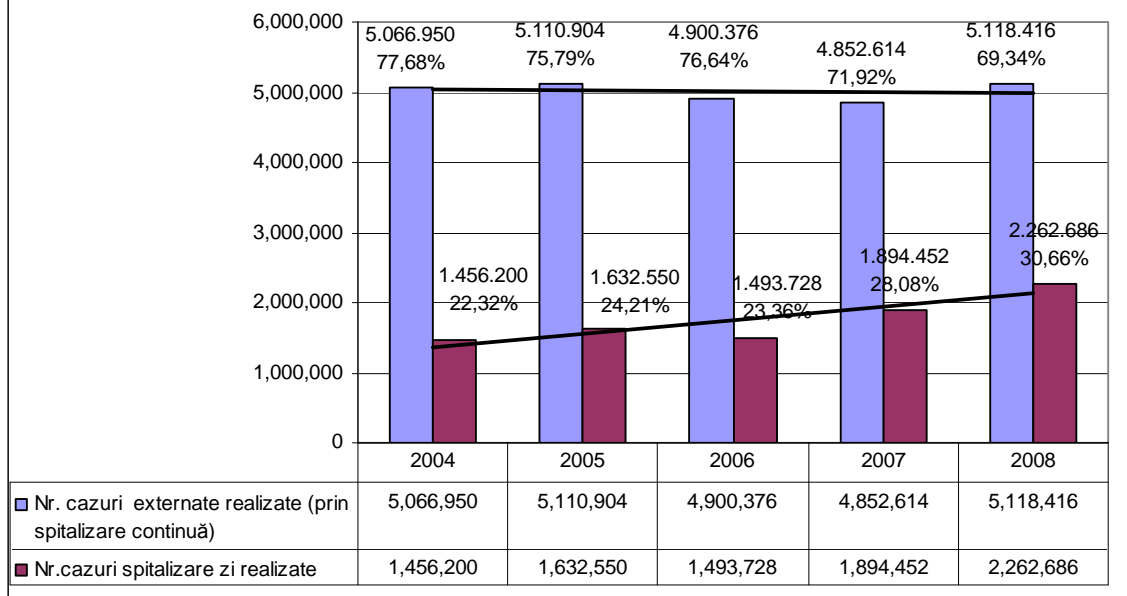
Asistența medicală spitalicească

EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN PERIOADA 2004-2008



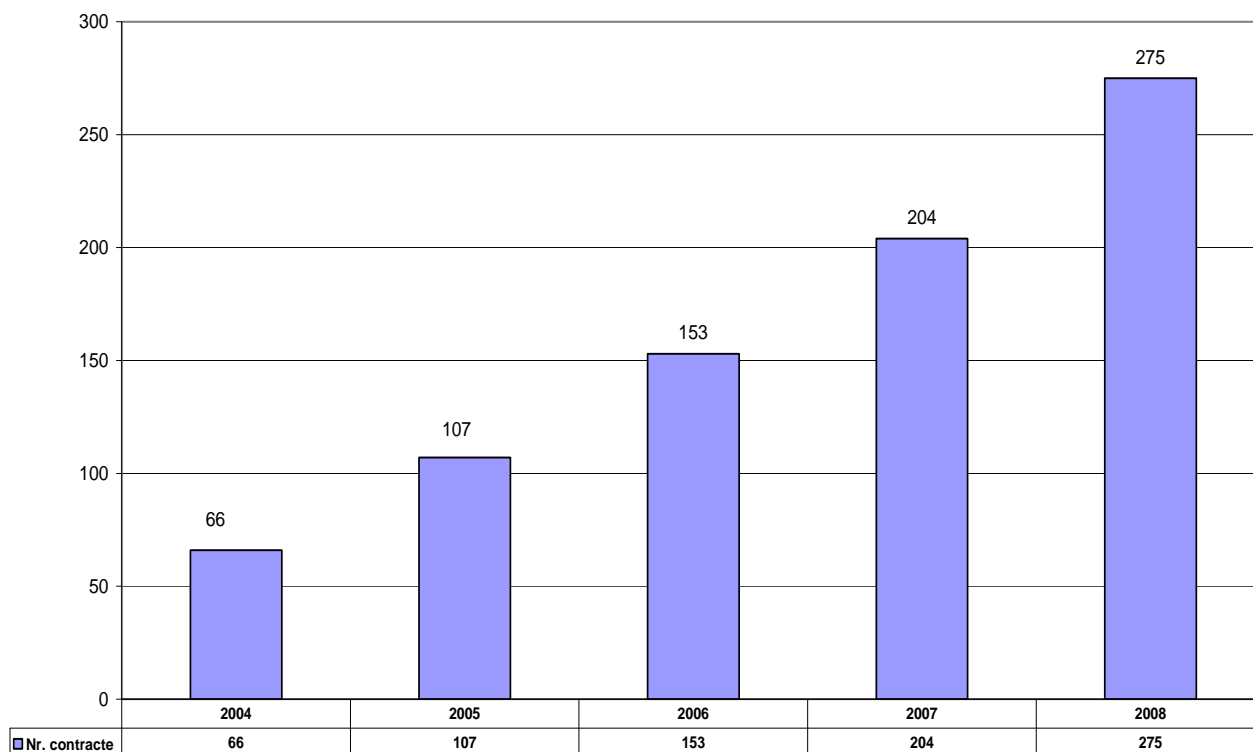
Notă: Numărul contractelor cu spitalele a crescut urmare a reorganizării unor spitale publice și a intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate a unor unități sanitare cu paturi private.

**EVOLUȚIA NUMĂRULUI CAZURILOR REZOLVATE PRIN SPITALIZARE
CONTINUĂ ȘI A NUMĂRULUI DE CAZURI REZOLVATE PRIN SPITALIZARE DE
ZI ÎN SPITALELE AFLATE ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN
PERIOADA 2004-2008**

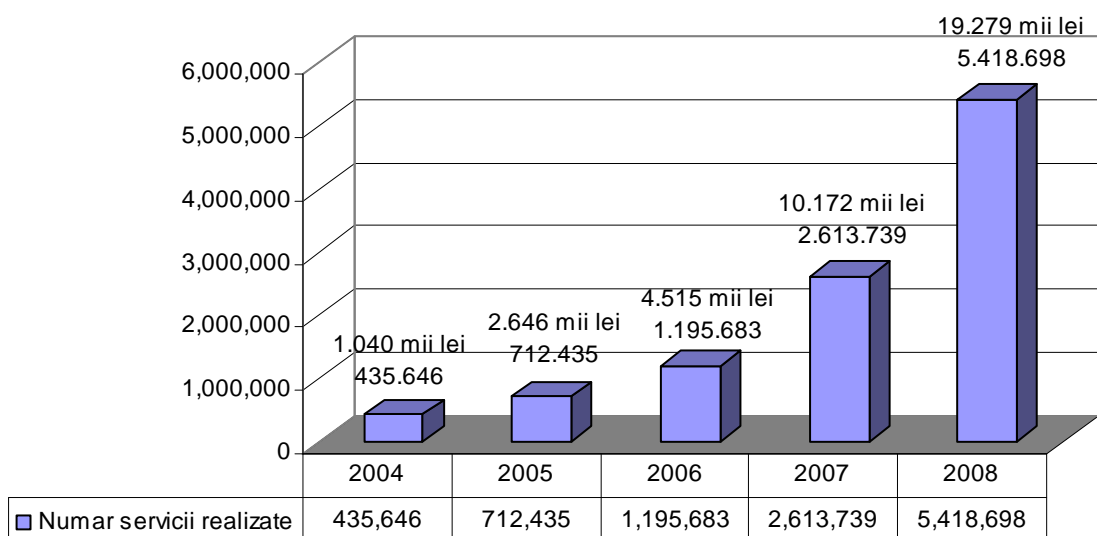


Îngrijiri medicale la domiciliu

**EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE CU FURNIZORII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ÎN
PERIOADA 2004-2008**



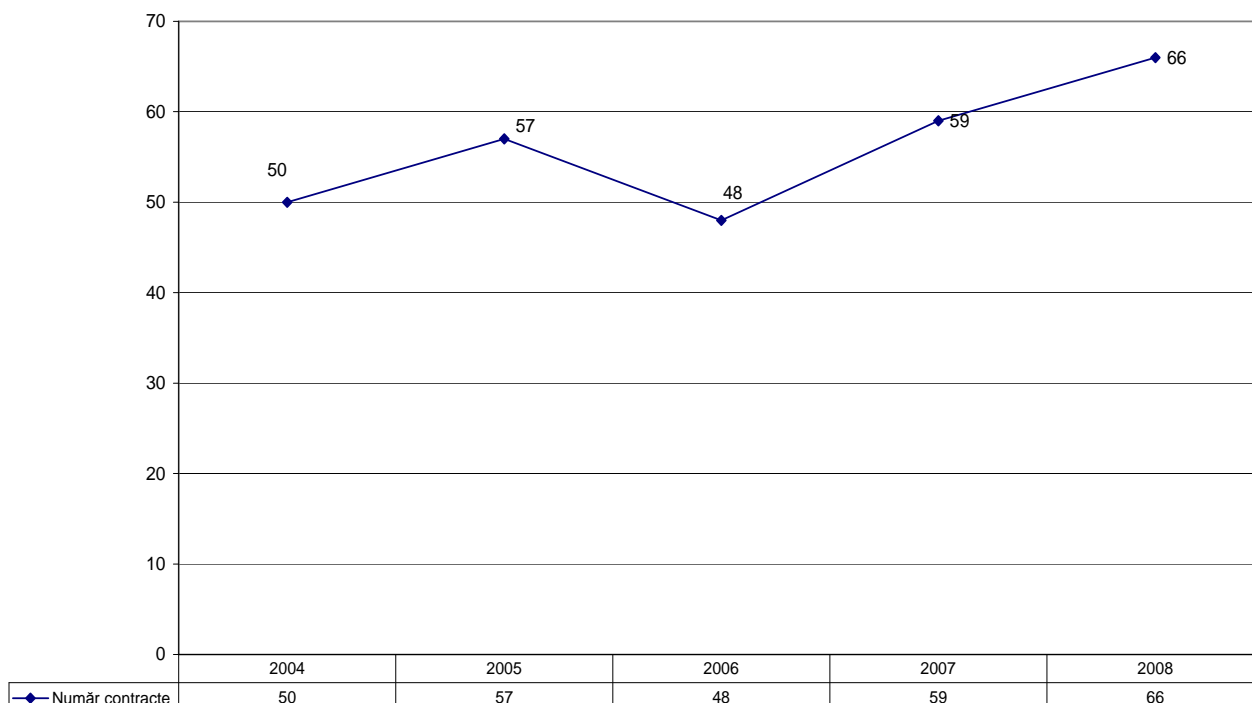
**EVOLUȚIA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA
DOMICILIU REALIZATE DE FURNIZORII AFLAȚI ÎN RELAȚII
CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2004-2008**



An	2004	2005	2006	2007	2008
Fondul îngrij.med.domic. (mii lei)	1,040	2,646	4,515	10,172	19,279

Asistența medicală de urgență și transport sanitar

EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE ÎNTRE CAS ȘI FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR ÎN PERIOADA 2004-2008



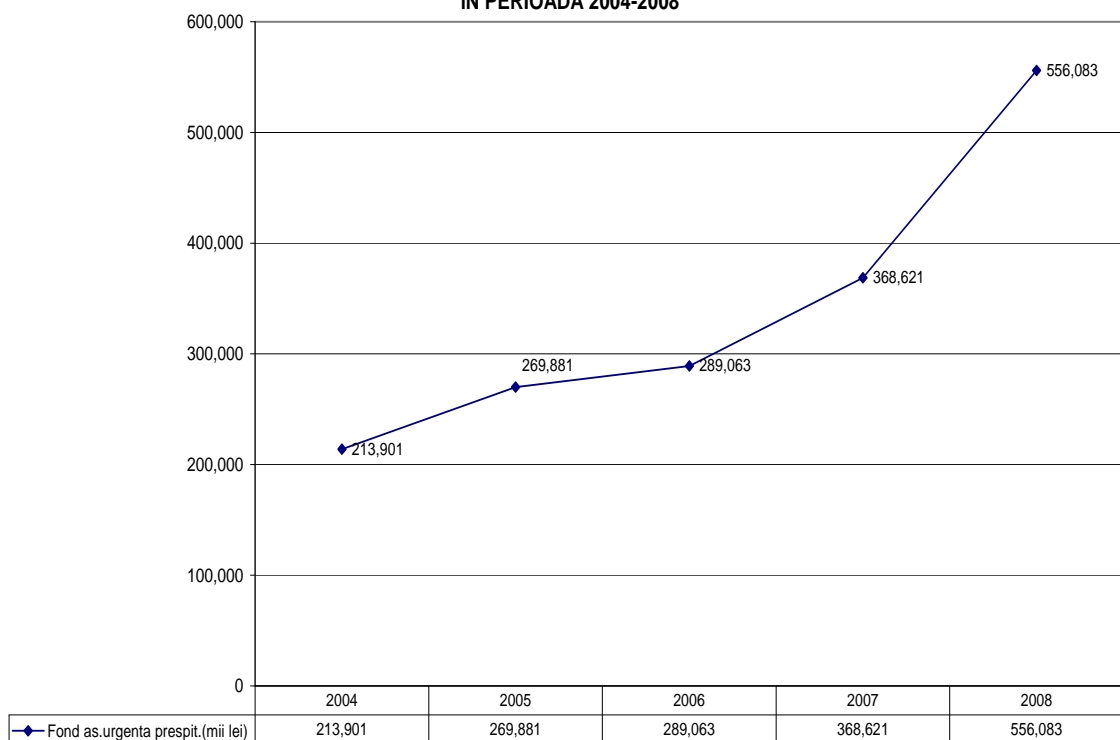
EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE Km. CONTRACTAȚI ȘI EFECTUAȚI DE FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR AFLAȚI ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2004-2008



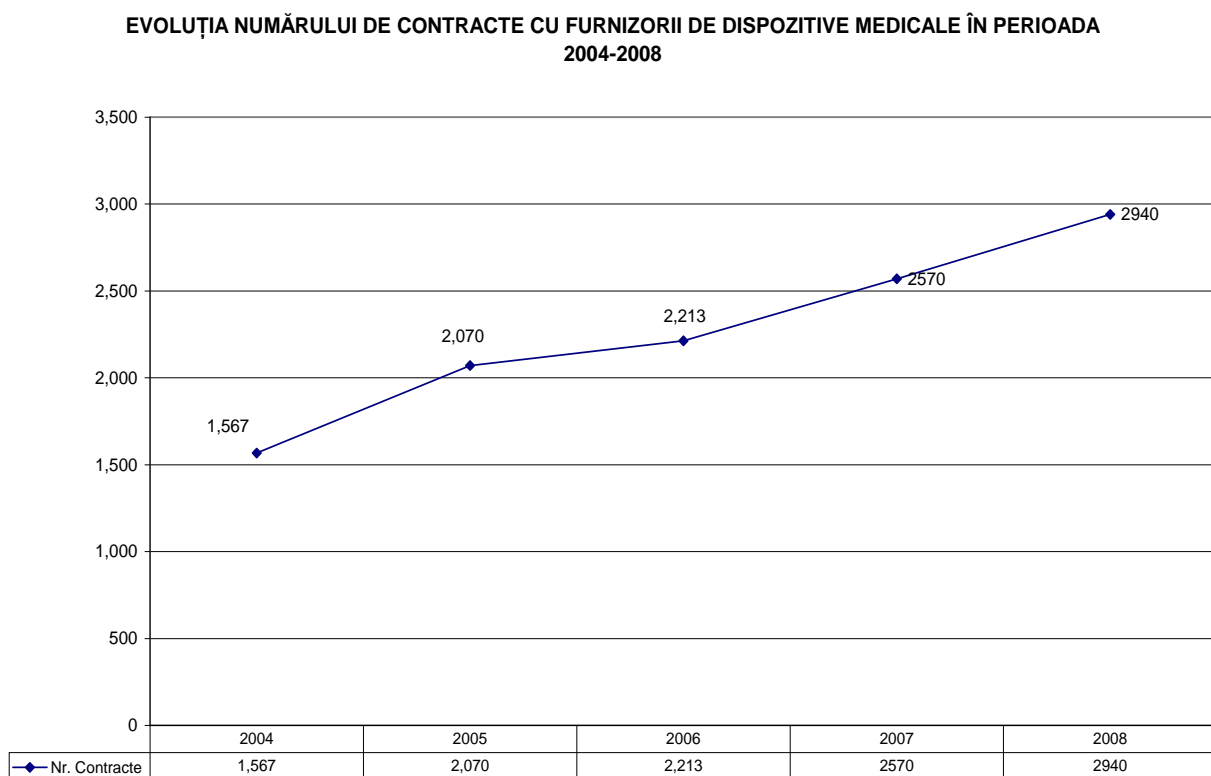
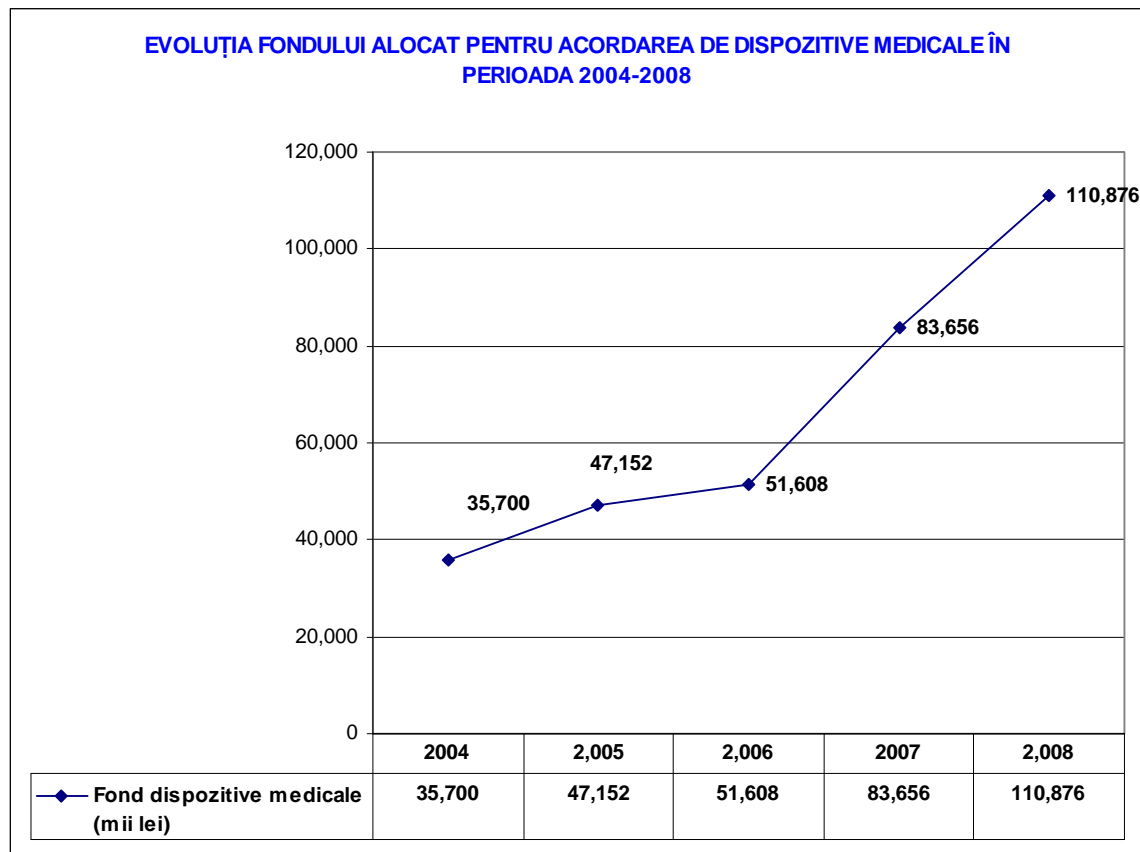
**EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SOLICITĂRI A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI
TRANSPORT SANITAR AFLAȚI ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2004-2008**



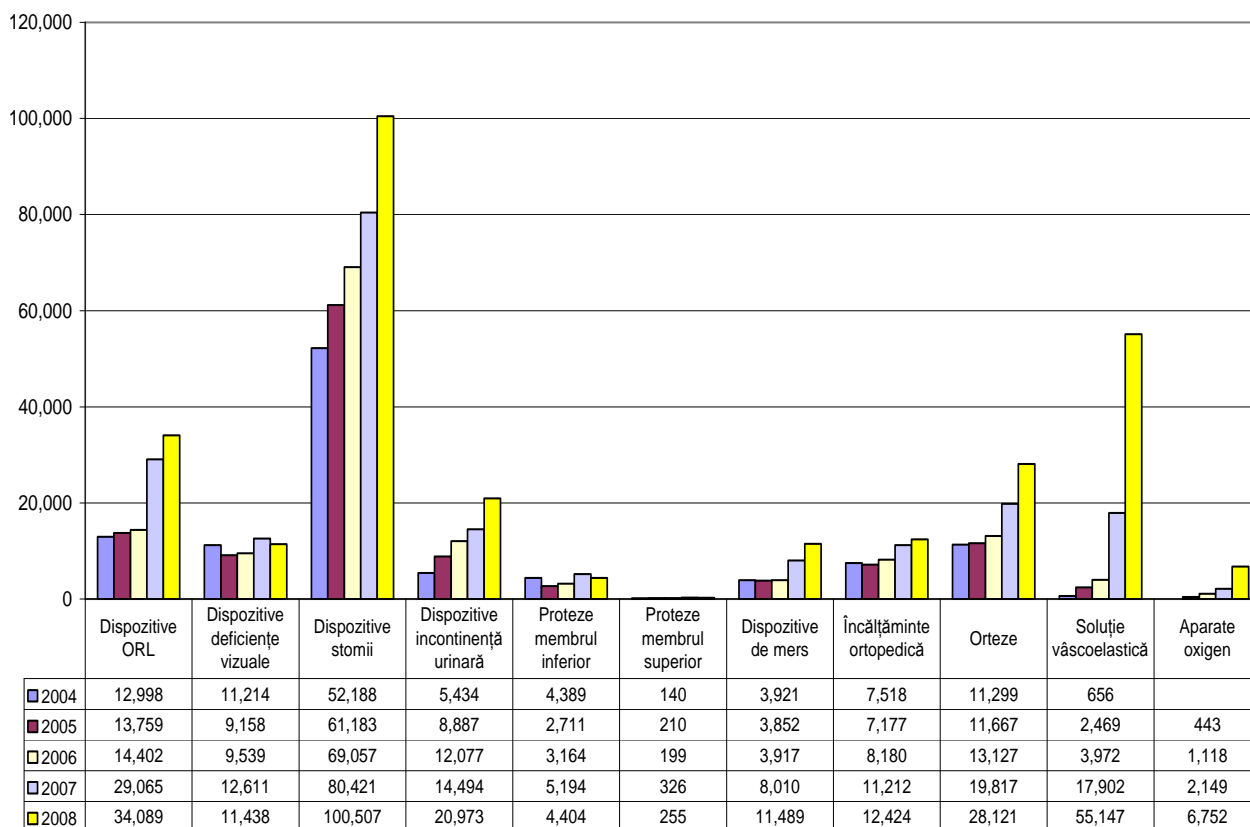
**EVOLUȚIA FONDULUI ALOCAT PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ
ÎN PERIOADA 2004-2008**



Dispozitive medicale

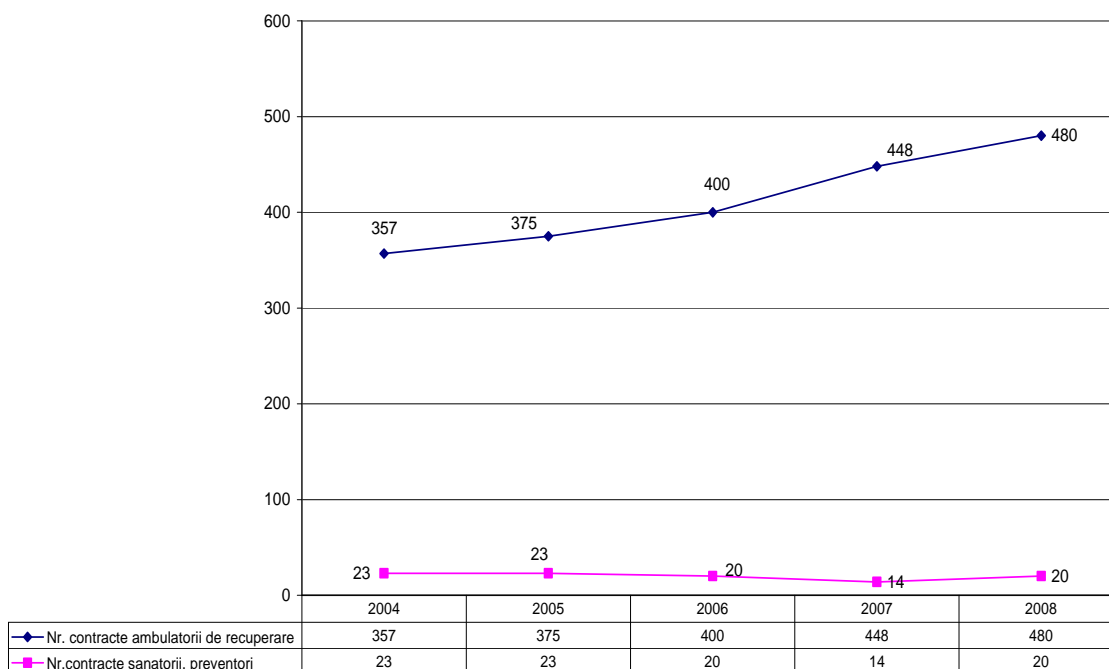


EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE DISPOZITIVE MEDICALE APROBATE DE CAS ÎN PERIOADA 2004-2008

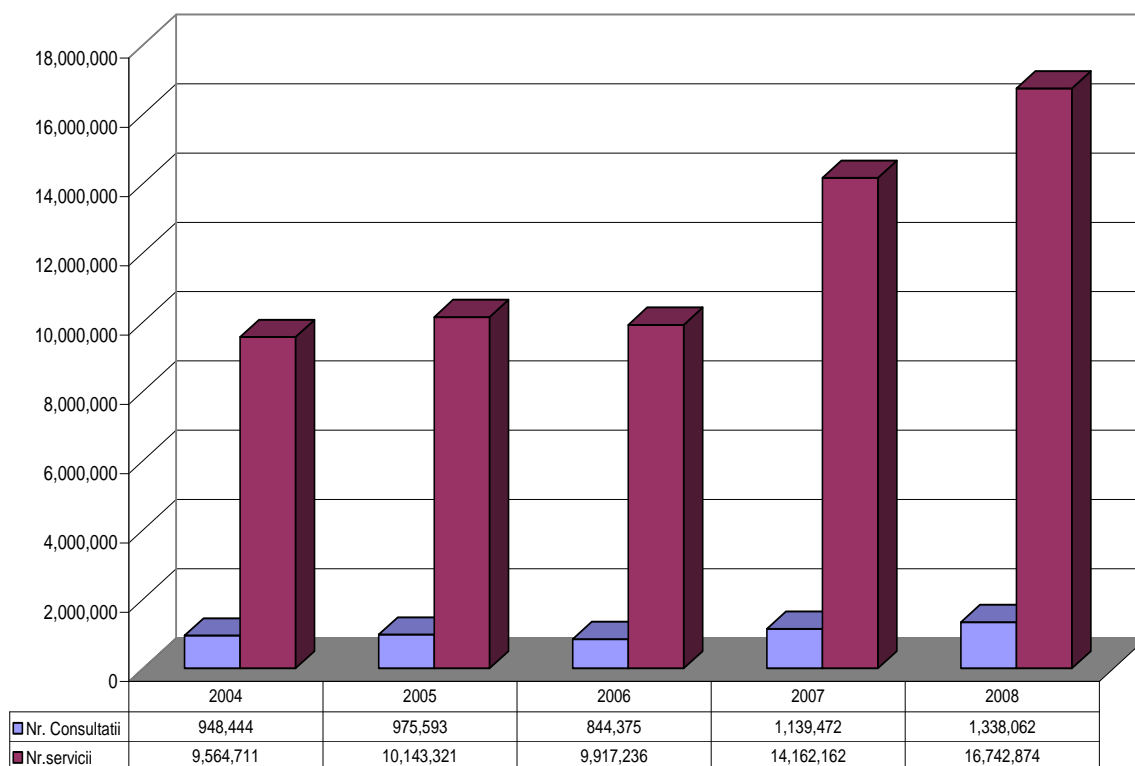


Asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății

EVOLUȚIA CONTRACTELOR ÎNCHEIATE CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE DE RECUPERARE ÎN PERIOADA 2004-2008

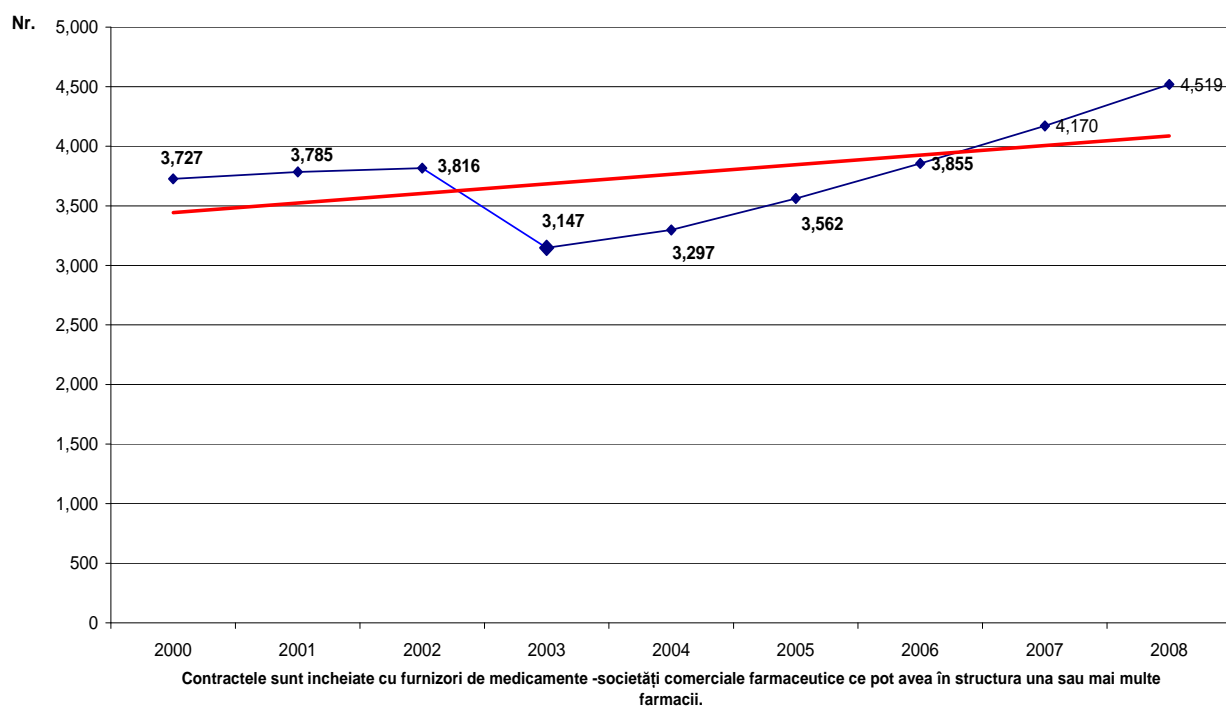


**EVOLUȚIA NUMĂRULUI SERVICIILOR CONTRACTATE CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE
AMBULATORII DE RECUPERARE ÎN PERIOADA 2004-2008**



Asistența cu medicamente cu și fără contribuția asiguratului în ambulatoriu

**EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE FURNIZORI DE MEDICAMENTE CARE AU INTRAT ÎN RELAȚII
CONTRACTUALE CU CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ÎN PERIOADA 2000-2008**



IV. ACTIVITĂȚI ÎN DOMENIUL PROGRAMELOR DE SĂNĂTATE

În anul 2008 s-au derulat două programe naționale de sănătate: programul național cu scop curativ și programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.(PNES)

1. Programul național cu scop curativ, în anul 2008, a fost structurat în programe/subprograme de sănătate, după cum urmează:

1. Programul național de boli transmisibile, din care:
 - a) Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere
 - b) Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză
2. Programul național de boli cardiovasculare
3. Programul național de oncologie
4. Programul național de boli neurologice:
 - a) Subprogramul de tratament al bolnavilor cu scleroză multiplă
 - b) Subprogramul de tratament al surdității congenitale prin implant cohlear și proteză auditivă BAHA
5. Programul național de diabet zaharat
6. Programul național de hemofilie, talasemie și alte boli rare
7. Programul național de boli endocrine
8. Programul național de ortopedie.
9. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană
10. Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

Sumele alocate programelor/subprogramelor din structura programului național cu scop curativ s-au utilizat pentru asigurarea în spital și în ambulatoriu a unor medicamente și materiale sanitare specifice unor boli cronice cu risc crescut și pentru asigurarea serviciilor de suplere renală (inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților).

În anul 2008, prin creșterea accesibilității bolnavilor la tratamente specifice, numărul de beneficiari ai programului național cu scop curativ realizat este de 741.936, ceea ce reprezintă o creștere de aproximativ 13 % față de anul 2007.

Evoluția numărului de bolnavi beneficiari ai fiecărui program/subprogram și a costului mediu/bolnav în anul 2008, comparativ cu anul 2007, a fost următoarea :

Denumirea programului/subprogramului de sănătate cu scop curativ	REALIZARI COMPARATIVE ANUL 2007-ANUL 2008				
	Numar bolnavi și cost mediu pentru:	Indicatori fizici		Indicatori de eficiență (lei)	
		AN 2007	AN 2008	AN 2007	AN 2008
C0	C0	C1	C2	C3	C4
Subprogramul de tratament si monitorizare a persoanelor cu infectie HIV/SIDA si tratamentul postexpunere	HIV/SIDA	6.996	7.340	16.659,61	18.545,13
	postexpunere	174	288	663,70	628,44
	total	7.170	7.628	16.271,42	17.868,68
	teste monitorizare	0	2.922	0,00	377,59
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoza		45.029	43.631	275,12	347,10
Programul national de boli	ch. CV	7.575	10.204	3.064,77	2.538,42

cardiovasculare	CI si EF	11.520	14.224	1.764,86	1.942,46
	pace-maker	1.663	2.433	1.880,05	1.958,88
	defibrilator	17	18	21.252,74	16.765,28
	total	19.239	24.513	2.444,75	2.390,54
Programul national de oncologie	afecțiuni oncologice	84.033	90.474	4.347,40	6.465,26
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu scleroza multipla	scleroza multipla	1.605	1.893	33.597,07	34.740,46
Subprogramul de tratament al surditatii congenitale prin implant cohlear si proteza auditiva BAHA*	limplant cohlear	0	13	0,00	46.550,77
	proteza BAHA	0	3	0,00	16.338,56
Programul national de diabet zaharat	diabet zaharat	457.530	530.482	525,21	526,63
	Hb glicozilata	41.377	89.143	20,17	23,18
	teste automonitorizare	0	62.551	0,00	197,03
Programul national de hemofilie, talasemie si alte boli rare	Hemofilie, talasemie	957	928	13.556,56	22.419,99
	Boli rare	0	98	0	8.858,03
Programul national de endocrinologie	osteop	9.171	11.022	540,71	496,94
	gusa carenta iod	7.622	8.738	40,14	33,05
	gusa prolif. Malign	892	633	65,95	713,57
	total	17.059	19.465	312,07	319,43
Programul national de ortopedie	endoproteze	8.376	10.360	2.571,54	2.945,99
	Implant segm. coloana	187	782	5.353,44	3.159,30
Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule umane	stare posttransplant	1.543	1.779	16.013,26	21.897,92
Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica	total	9.291	9.985	40.910,42	41.313,25

* În anul 2008, în cadrul programului național cu scop curativ, din bugetul FNUASS (prin transferuri de la MSP) s-a derulat și „Subprogramul de tratament al surdității congenitale prin implant cohlear și proteză auditivă BAHA”.

2. Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

A. Medicina primară

- a. Nr. total persoane evaluate- **7.028.078**
din care –asigurate **6.207.030**
- neasigurate **821.048**
- b. Nr. persoane cu risc de îmbolnăvire - **2.309.007**
- c. Nr persoane introdus în baza de date cu plan individual de supraveghere – **4.921.833**

B. Paraclinic

- a. Număr total persoane care au efectuat investigații paraclinice : **6.448.920**
- b. Număr total investigații paraclinice efectuate : **41.726.512**

3. Situația contractelor încheiate de CNAS furnizorii privați și piloți de servicii de dializă și a sumelor decontate

- La 31 decembrie 2007 erau încheiate 13 contracte și acte adiționale între CNAS și furnizorii privați și piloți de servicii de dializă, față de 26 contracte la 31 decembrie 2008.
- Plățile efectuate pentru tratamentul de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică în anul 2007 au fost în valoare de **87.222 mii lei** față de **156.551 mii lei** cât s-a efectuat în cursul anului 2008, reprezentând o creștere de aproximativ 79%

V. ALTE ACTIVITĂȚI

1. Armonizare legislativă cu reglementări ale Uniunii Europene și cu reglementări specifice anului 2008 și a decontărilor efectuate în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate și a formularelor europene

- În vederea armonizării formularelor de prescripție medicală utilizate în ambulatoriu în regim gratuit sau compensat cu cerințele care decurg din statutul României de membru al Uniunii Europene, dar și cu modificările legislative specifice anului 2008, a fost elaborat *Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.832/302/2008 pentru aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală.*
- În vederea tipăririi cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate s-a încheiat un Acord-cadru valabil până la sfârșitul anului 2011 și în conformitate cu contractul subsecvent al acestuia, în perioada septembrie – decembrie 2008 au fost tipărite și distribuite un număr de 36,210 de carduri europene de asigurări sociale de sănătate. Totodată, pe parcursul anului 2008 s-au eliberat un număr de 188,058 de certificate provizorii de înlocuire a cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate.
- În anul 2008, au fost transmise de către organismele de legătură ale statelor membre ale Uniunii Europene sau ale Spațiului Economic European către Casa Națională de Asigurări de Sănătate 4200 de formulare E 125 reprezentând cheltuielile cu servicii medicale de care au beneficiat asigurați români în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate, sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului, ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120, în vederea rambursării cheltuielilor. Au fost avizate 3155 de astfel de solicitări pentru care s-au efectuat următoarele plăți:

**SITUATIA
PLATILOR EXTERNE EFECTUATE IN 2008
STATELOR MEMBRE UE/SEE**

STATE UE/SEE	VALUTA	VALOAREA
Spania	EURO	657,288.19
Austria	EURO	371,824.05
Germania	EURO	1,211,241.41
Franta	EURO	587,346.99
Belgia	EURO	131,354.20
Finlanda	EURO	9,126.34
Italia	EURO	734,481.46
Slovenia	EURO	8,034.46
Luxemburg	EURO	21,544.33
Olanda	EURO	17,760.48
Malta	EURO	3,098.07
EURO total		3,753,099.98
	alte valute	
Ungaria	HUF	3,771,561.00
Polonia	PLN(ZLOTI)	13,355.74
Suedia	SEK	280,045.00
Slovacia	SKK	37,979.50
Cehia	CZK	422,260.56
Bulgaria	BGN	1,515.00
Danemarca	DKK	6,656.00
Estonia	EEK	13,522.50
Lituania	LITAS	1,410.00

- În cazul asiguraților din statele Uniunii Europene/Spațiului Economic European care au beneficiat de asistență medicală pe teritoriul României în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate, sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului, ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120, în numele instituției competente (case de asigurări de sănătate din România), în anul 2008 au fost transmise către aceste state, 600 formulare E 125. Din acestea au fost rambursate cheltuielile pentru servicii medicale corespunzătoare unui număr de 48 de formulare E 125 în sumă de **63.380,87 lei**.
- În urma primirii solicitărilor cetățenilor români aflați temporar pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene/Spațiului Economic European în vederea rambursării cheltuielilor pentru serviciile medicale acordate de unitatea sanitară de la locul de ședere fără prezentarea cardului european de asigurări sociale de sănătate (sau în cazul neregistrării acestuia), în baza formularului E 126 conform prevederilor *Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 122/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte* cu modificările și completările ulterioare, din cele 150 de solicitări s-au avizat 85 de solicitări pentru rambursare în valoare totală de **107.000,30 lei**.
- În condițiile în care un asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se deplasează într-un stat membru al Uniunii Europene/Spațiului Economic European cu scopul de a primi tratament medical, fără aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență ca persoană asigurată, acesta suportă contravaloarea

serviciilor medicale acordate, iar la solicitarea scrisă a asiguratului, însoțită de documente justificative, casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea acestor servicii medicale acordate, la nivelul tarifelor din România. În anul 2008 au fost avizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate 74 astfel de solicitări în valoare totală de **234.117,02 lei**.

- Din situațiile raportate pe anul 2008 de către casele de asigurări de sănătate rezultă că au fost înregistrate la nivelul acestora 714 cereri de eliberare a formularului european E112 din care au fost eliberate 562 de formulare, restul de 152 fiind refuzate deoarece nu erau îndeplinite toate condițiile prevăzute de legislația în vigoare cum ar fi:

- tratamentul pentru care se solicită formularul nu se află în lista serviciilor medicale decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate – 31 refuzuri
- tratamentul poate fi acordat, fără să existe nicio complicație și pe teritoriul României – 15 refuzuri
- alte motive (de exemplu: dosarul este incomplet, există o incompatibilitate privind procedura, sau alte motive) – 106 refuzuri

Statele membre în care s-a solicitat frecvent plecarea la tratament în baza formularului european E112 sunt: Germania (145 formulare eliberate), Austria (138 formulare eliberate) Italia (97 formulare eliberate), Ungaria (84 formulare eliberate), Franța (50 formulare eliberate)

2. În domeniul managementului resurselor umane

a. Activități de planificare a resurselor umane în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de evidență și monitorizare a acestora

- Elaborarea planului de ocupare a funcțiilor publice pentru anul 2009, pentru aparatul propriu al CNAS și transmiterea acestuia la ANFP;
- Centralizarea planurilor de ocupare a funcțiilor publice din cadrul caselor de asigurări de sănătate (c.a.s.) subordonate pentru anul 2009 și transmiterea acestora la ANFP;
În planurile de ocupare pentru anul 2009 au fost prevăzute măsuri de promovare și recrutare a personalului, ca parte integrantă a strategiei de motivare profesională a funcționarilor publici din sistem, cu încadrarea în bugetul aprobat cu această destinație pentru anul 2009 și cu respectarea dispozițiilor legale în materie.

- Elaborarea lunară a rapoartelor privind numărul și structura de funcții a caselor de asigurări de sănătate, pe specialități, domenii de activitate – (ocupate, vacante și necesare pe fiecare domeniu de activitate);
- Verificarea și supunerea spre aprobare Președintelui CNAS a statelor de funcții ale c.a.s., a structurilor de funcții avizate de ANFP și aprobate de CNAS;
- Elaborarea proiectelor de ordin privind modificarea de număr și/sau structură a funcțiilor c.a.s., cu solicitarea fundamentată a acestora sau ca măsură de alocare echilibrată a resurselor în sistem, pe baza criteriilor de normare din sistem.

b. Activități de recrutare, selecție și promovare a resurselor umane

- Ocuparea posturilor de execuție și conducere vacante și a posturilor temporar vacante, de la nivelul CNAS, respectiv organizarea concursurilor (pentru 49 posturi) pentru aparatul propriu al CNAS și elaborarea documentațiilor prevăzute atât de HG nr. 1209/2003 – Anexa 1 „Regulamentul de organizare și desfășurare a concursurilor precum și HG nr.

611/2008 pentru aprobarea normelor privind organizarea și dezvoltarea carierei funcționarilor publici, după intrarea acesteia în vigoare;

- Elaborarea proiectului de Metodologie privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a posturilor de președinți-directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, în vederea îndeplinirii indicatorilor de performanță, încheierea contractelor de management și evaluarea activității acestora
- Realizarea demersurilor specifice legale pentru ocuparea în luna martie 2008 a posturilor de președinți – directori generali de la nivelul caselor de asigurări de sănătate conform metodologiei
- Încheierea contractelor de management între CNAS și președinții – directori generali care au promovat concursul (30 persoane) și a actelor adiționale pe parcursul anului 2008, în funcție de modificările salariale intervenite.
- Realizarea demersurilor specifice cu privire la promovarea temporară a funcționarilor publici de execuție pe funcții publice de conducere (pentru 9 funcții publice de conducere)
- Coordonarea activităților referitoare la ocuparea posturilor de execuție și conducere vacante și a posturilor temporar vacante, de la nivelul c.a.s. derulate de către acestea, în relația cu ANFP, conform legii;
 - a) îndrumare metodologică privind documentațiile transmise ANFP de către c.a.s. privind solicitările de concursuri și monitorizarea concursurilor organizate de c.a.s. subordonate;
 - b) verificarea modului de organizare și desfășurare a concursurilor pentru ocuparea posturilor contractuale de la nivelul c.a.s., prin validarea acestora.
- Activități specifice managementului funcției publice, respectiv a managementului posturilor de natură contractuală pentru CNAS, în anul 2008 :
 - numirea/ angajarea în funcții publice/ funcții contractuale, în urma promovării concursurilor (23 persoane)
 - promovarea funcționarilor publici într-o clasă superioară, conform nivelului de studii absolvite (7 persoane);
 - avansarea într-o treaptă superioară de salarizare (46 persoane);
 - numirea personalului contractual în funcții publice (1 persoană);
 - transferul unor specialiști în interiorul sistemului (3 persoane),respectiv elaborarea proiectelor de ordin/ contractelor individuale de muncă (5 contracte individuale de muncă) și a actelor adiționale la contractele individuale de muncă (2 acte adiționale)
- Constituirea bazei de date în vederea implementării proiectului „ Human Resource Management Information Sistem for Național Agency of Civil Servants (HRMIS)” – sistem unic integrat pentru gestionarea funcțiilor publice și a funcționarilor publici din administrația publică din România, proiect derulat de Agenția Națională a Funcționarilor Publici.

c. Activități de evaluare a resurselor umane:

- Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale funcționarilor publici din aparatul propriu al CNAS, pe baza rapoartelor specifice de evaluare, conform metodologiei în vigoare; procesul este încă în derulare urmând a fi încheiat până la data de 31.01.2009 (în luna august 2008 fost modificată legislația specifică referitoare la evaluarea performanțelor profesionale individuale ale funcționarilor publici)
- Evaluarea președinților - directori generali ai c.a.s. subordonate, în vederea stabilirii salariilor de bază individuale, la expirarea perioadei de probă și semestrial, pe baza criteriilor de performanță, aprobate de președintele CNAS, cu privire la realizarea planului de management, a obiectivelor și indicatorilor stabiliți prin contractul de management încheiat cu CNAS.

În anul 2008 s-a întocmit documentația specifică procesului de evaluare a președinților directori generali ai caselor de asigurări de sănătate : instrucțiuni, machete, centralizatorul (pentru cei 35 de indicatori) comisiei de evaluare a președinților directori generali și respectiv raportul final al comisiei, înaintat Președintelui CNAS, spre aprobare.

- Coordonarea activităților de evaluare a funcționarilor publici de debutanți la încheierea perioadei de stagiu, în vederea definitivării pe funcția publică / încetarea raportului de serviciu ale funcționarului public debutant

d. Activități de formare profesională și îndrumare metodologică:

- Elaborarea chestionarelor de evaluare a nevoilor de training la nivelul caselor de asigurări de sănătate în scopul identificării nevoilor de formare și realizării programului de formare pentru anul 2008
- Derularea a trei module de curs :
 1. Îmbunătățirea capacității de control din cadrul caselor de asigurări de sănătate;
 2. Managementul achizițiilor publice;
 3. Rolul auditului intern în implementarea sistemului de control managerial
- Întocmirea raportului final de evaluare a programului de training pe anul 2008, în raport cu obiectivele stabilite și cu planul de activități, respectiv pentru modulele de control, achiziții publice și audit public intern;
- Asigurarea legăturilor interinstituționale cu furnizorii de formare profesională.
- Asigurarea fluxului relațional Casa Națională de Asigurări de Sănătate – case de asigurări de sănătate privind modul de acțiune, gestionarea situațiilor, eliminarea riscurilor și vulnerabilităților, în domeniul resurselor umane. Îndrumare metodologică permanentă a caselor de asigurări de sănătate pentru gestionarea eficientă și unitară a activităților specifice pe care le derulează (gestionarea funcțiilor publice și a posturilor contractuale), prin formularea de puncte de vedere, adrese, note transmise caselor de asigurări de sănătate (comunicări în număr de 1194);

3. În domeniul auditului public intern

În derularea misiunilor de audit desfășurate atât la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cât și de structurile de audit intern din teritoriu, s-a urmărit cu prioritate îndeplinirea celor două mari obiective ale auditului public intern, respectiv;

- „Asigurarea obiectivă și consilierea destinate să îmbunătățească sistemele și activitățile entității publice”;
- „Sprijinirea îndeplinirii obiectivelor entității publice printr-o abordare sistematică și metodică, prin care se evaluează și se îmbunătățește eficacitatea sistemului de conducere bazat pe gestiunea riscului, a controlului și a proceselor administrării”.

a. Referitor la misiunile de audit și activitățile desfășurate de Direcția de Audit Public Intern:

În „Planul de audit public intern pentru anul 2008”, document aprobat de Președintele CNAS, a fost prevăzut și realizat un număr de 45 misiuni și activități.

Misiunile prevăzute în Planul de audit și realizate în anul 2008, sunt următoarele:

1. Auditarea „Bilanțurilor Contabile” și a „Conturilor de Execuție Bugetară” încheiate în anul 2007 de Casele de Asigurări de Sănătate Covasna, Harghita și Ilfov în urma cărora s-au formulat 21 recomandări, toate implementate.

2. Evaluarea activității desfășurate în cadrul următoarelor direcții ale CNAS:

- Direcția Norme și Metodologii Contractare și Relații cu Furnizorii,
- Direcția Tehnologia Informației,
- Direcția Planificare, Prognoze și Monitorizare Contracte,
- Direcția Buget, Creanțe, Indemnizații și Concedii Medicale,
- Direcția Administrativ și Dotări
- Serviciul Relații Internaționale în perioada 01.01.2004-31.12.2007.

S-au formulat 93 recomandări din care 88 au fost implementate în anul 2008 și 5 sunt în curs de implementare.

3. Auditarea „Bilanțului contabil” și „Contului de execuție bugetară” întocmite pe anul 2007 la nivelul CNAS și al Sistemului de Asigurări Sociale de Sănătate; au fost formulate cinci recomandări, toate implementate.

4. Au fost întocmite „Rapoartele de Audit Public Intern” și „Sintezele cu principalele constatări și recomandări”, pentru misiunile de audit finalizate în luna decembrie 2007 la casele de asigurări de sănătate din județul Dolj și municipiul București; au fost formulate 103 recomandări, toate implementate.

5. Misiunile de audit privind „Evaluarea sistemului de management și a structurii de audit public intern” la: CAS Dâmbovița, CAS Vaslui, CAS Harghita, CAS Mureș, CAS Prahova, CAS Cluj, CAS Botoșani, CAS Sălaj, CAS Bacău, CAS Teleorman, CAS Arad, CAS Maramureș, CAS Gorj, CAS Vâlcea, CAS Iași și CAS Ialomița, S-au formulat 486 recomandări, toate însușite de conducătorii instituțiilor auditate, dintre acestea 368 recomandări au fost implementate iar diferența de 118 se vor implementa în anul 2009.

6. Misiunile de audit privind „Evaluarea sistemului de management și a structurii de audit public intern” la CAS Vrancea, CAS Ilfov și CAS MTCT, s-au efectuat în lunile noiembrie – decembrie, au fost elaborate „Proiectele de raport de audit” care au fost transmise

conducătorilor instituțiilor auditate în vederea analizării și comunicării punctelor de vedere, urmând ca aceste misiuni să se finalizeze după primirea documentelor respective.

7. Auditarea „Proiectelor de buget pentru anul 2009 și estimările pentru perioada 2010-2012”, întocmite de Casele de Asigurări de Sănătate Covasna, Harghita și Ialomița care nu au avut prevăzute structuri de audit în organigramele aprobate de ordonatorul principal de credite;

8. Auditarea „Proiectelor de buget pe anul 2009 și estimarea pentru anii 2010-2012”, întocmite la nivelul CNAS și al Sistemului de Asigurări Sociale de Sănătate;

9. La nivelul Direcției de Audit Public Intern în anul 2008 au fost realizate și 2 misiuni de audit ad-hoc, cu privire la: „*Inventarierea patrimoniului aferent anului 2007*” și „*Auditarea activității de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice*”. S-au formulat 9 recomandări, toate implementate.

b. La nivelul caselor de asigurări de sănătate s-au efectuat un număr de 748 misiuni și activități, din care 609 prevăzute în „Programele planuri de audit public intern”, 126 misiuni ad-hoc dispuse de conducerea CNAS și 16 misiuni ad-hoc dispuse de conducătorii caselor de asigurări. S-au formulat 1618 recomandări; 1263 au fost implementate, 48 recomandări parțial implementate, iar diferența de 307 au termene de implementare în cursul anului 2009.

Cu prilejul intervenției la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, s-au identificat a fi recuperate următoarele sume pe tipuri de furnizori:

Mii lei

Total sume identificate, din care:	404.33
Medicină primară	41.20
Servicii spitalicești și îngrijiri la domiciliu	253.91
Ambulatoriul de specialitate	28.35
Servicii medicale prespitalicești	46.41
Servicii medicale farmaceutice	32.06
Servicii medicale stomatologice	2.35
Furnizori de dispozitive medicale	0,05

Suma recuperată în cursul anului 2008, a fost de **400,48 mii lei**, formată din:
298,75 mii lei – sumă aferentă anului 2008;
101,73 mii lei – sumă aferentă anilor precedenți.

Structura pe categorii de furnizori de servicii medicale a sumelor recuperate este următoarea:

Mii lei

Total sume recuperate, din care:	400.48
Medicină primară	38.04
Servicii spitalicești și îngrijiri la domiciliu	265.10
Ambulatoriul de specialitate	28.15
Servicii medicale prespitalicești	46.41
Servicii medicale farmaceutice	20.38
Servicii medicale stomatologice	2.35
Furnizori de dispozitive medicale	0.05

Sumele recuperate la nivelul caselor de asigurări, au fost înregistrate în evidențele contabile ale acestor instituții și au întregit Fondul unic de asigurări sociale de sănătate, diferența de recuperat aferentă anului 2008 se va efectua în cursul anului 2009.

Evoluția principalilor indicatori ai activității de audit de la nivelul CNAS și a structurilor teritoriale este următoarea:

Indicator	2005*	2006	2007	2008
Nr. misiuni și activități de audit	980	725	746	793
Nr. recomandări formulate	1.847	1.812	2.045	2.355
Sume recuperate (mii lei)	2.329	1.205,88	1.030,03	400,48

Principalele domenii de activitate pentru care în timpul misiunilor de audit au fost formulate recomandări sunt:

- Constituirea veniturilor la Fondul național unic de asigurări de sănătate;
- Contractarea și decontarea serviciilor medicale, medicamente și dispozitive medicale;
- Activitatea financiar – contabilă;
- Realizarea funcțiilor managementului;
- Execuția bugetară;
- Inventarierea patrimoniului;
- Evaluarea furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriul paraclinic.

4. În domeniul relațiilor publice și relații media

În acest domeniu, pe parcursul anului 2008, principalele obiective ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate au fost:

- Cultivarea unei politici pro-active a relației cu mass-media
- Creșterea nivelului de educare și conștientizare a populației privind domeniul asigurărilor de sănătate prin realizarea de campanii de informare a asiguraților prin intermediul mass-media, cu privire la drepturile și obligațiile acestora, servicii medicale de profilaxie, calitatea actului medical;
- Dezvoltarea și diversificarea informațiilor accesibile pe site, disponibile asiguraților, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale.
- Menținerea colaborării între CNAS și societatea civilă (organizații, fundații etc.)

În acest sens principalele acțiuni întreprinse au fost:

- Organizarea unei conferințe de presă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- Redactarea comunicatelor de presă, a informațiilor de presă și întocmirea a 61 de răspunsuri la solicitările jurnaliștilor;
- Organizarea a 90 de întâlniri dintre reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și reprezentanții mass-media
- Organizarea aparițiilor TV ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- Monitorizarea presei scrise și analiza de imagine a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în presa scrisă;
- S-au înregistrat 5786 apeluri din care :
 - apeluri la care s-au furnizat informații referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate - 5326

- apeluri fără conținut, - 209
- diverse (solicitări de informații privind acte normative ale altor instituții. – 251;
- Au fost solicitate 4583 audiențe cărora li s-au formulat răspunsuri scrise sau telefonice
- S-au înregistrat 3546 petiții (scrisori, e-mail-uri, faxuri). Cele mai frecvente solicitări au fost cu referire la:

. Modalități de obținere și de prelungire a valabilității cardului european de asigurări sociale de sănătate - CEASS;

. Modalitatea prin care se pot obține Formularele Europene (E 106, E 110, E 112, E 121, etc) și modalitatea de decontare a tratamentelor medicale acordate în baza formularelor

. Modalitatea de obținere a adeverinței de asigurat de sănătate

. Reclamații privind neprimirea taloanelor de analize medicale în cadrul PNESS

. Modalitatea obținerii tratamentului obezității și infertilității

. Informații privind dobândirea calității de asigurat de sănătate

5. În domeniul monitorizării și controlului

În anul 2008 a fost elaborat *Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 178/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate* în vederea creșterii eficienței activității tuturor structurilor de control care își desfășoară activitatea în domeniul asigurărilor sociale de sănătate și stabilirea unor mecanisme de lucru omogene la nivelul întregii țări.

a) Controale ale CNAS la casele de asigurări de sănătate

În anul 2008 au fost desfășurate de către CNAS acțiuni de control la 31 de case de asigurări de sănătate, având ca obiective:

- Identificarea iregularităților și disfuncționalităților privind utilizarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate
- Sancționarea abaterilor și propunerea de măsuri corective
- Responsabilizarea furnizorilor prin efectuarea de controale tematice și analiza periodică a rezultatelor obținute în activitatea de control în scopul alocării resurselor în direcțiile în care se semnalează cel mai frecvent deficiențe
- Elaborarea de propuneri pentru îmbunătățirea activității în sistemul de asigurări sociale de sănătate
- Îndrumarea metodologică și coordonarea activității specifice
- Optimizarea Sistemului informatic unic integrat

În urma activităților de control aspectele constatate sunt următoarele:

- Sistemul de control intern prezintă lacune în ceea ce privește decontarea sumelor privind serviciile raportate de furnizori. Au fost identificate situații în care au fost efectuate plăți din FNUASS pe baza unor documente care erau incomplete sau eronate.
- Implementarea SIUI a întâmpinat dificultăți cauzate în special de insuficiența resurselor umane necesare implementării sistemului și inexistența unui cadru procedural care să asigure abordarea unitară a problemelor apărute la nivelul caselor de asigurări de sănătate.
- Activitatea privind evidența asiguraților și a contribuabililor este îngreunată de faptul că angajatorii nu depun declarațiile de constituire și plată a obligațiilor la FNUASS pentru angajați, personalul cu atribuții în acest domeniu din cadrul caselor de asigurări de sănătate este insuficient și legislația în domeniu nu este suficient de clară.

- Procedurile operaționale nu corespund cerințelor legale, în special în ceea ce privește imputabilitatea și trasabilitatea operațiunilor

Măsuri dispuse:

- o Asigurarea conformității activității prin dispoziții administrative menite să întărească sistemul de control intern.
- o Cercetarea abaterilor unor funcționari publici în conformitate cu prevederile legale în vigoare și, acolo unde a fost cazul, aplicarea sancțiunilor corespunzătoare.
- o Identificarea și recuperarea sumelor plătite necuvenit de către casele de asigurări de sănătate către furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.
- o Elaborarea de proceduri operaționale care să asigure un mai bun control al operațiunilor patrimoniale.
- o Stabilirea unui cadru procedural care să asigure optimizarea procesului de implementare a SIUI în special în ceea ce privește responsabilitățile personalului din casele de asigurări de sănătate, consemnarea tuturor etapelor parcurse și a incidentelor apărute.

b) Controale ale caselor de asigurări de sănătate

În derularea acțiunilor de control desfășurate de structurile de control din teritoriu s-a urmărit protejarea intereselor asiguraților și buna gestiune financiară a fondului, prin:

- evidențierea și aducerea la cunoștința entității controlate a abaterilor și faptelor care au generat încălcarea reglementărilor legale în domeniul asigurărilor sociale de sănătate și a consecințelor produse de această încălcare;
- determinarea entităților controlate să își însușească și să respecte normele legale în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;
- cunoașterea dinamicii și a gradului de repetabilitate al aceluiași fapte care contravin normelor legale, în vederea stabilirii periodicității intervențiilor pentru înlăturarea deficiențelor și limitarea efectelor patrimoniale negative;
- dispunerea măsurilor adecvate în vederea restabilirii legalității și evaluarea impactului și a eficienței măsurilor luate anterior;
- conștientizarea entității controlate prin prezentarea riscurilor induse de nerespectarea prevederilor care decurg din reglementările aplicabile propriei activități și a avantajelor posibile determinate de conformitatea cu legislația din domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

În anul 2008, au fost prevăzute a se efectua 13.717 controale tematice, din care s-au realizat 13145, reprezentând un grad de realizare de 95,83%.

b1) Controale ale caselor de asigurări de sănătate la furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale

Din numărul total de **27.233** furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în anul 2008 au fost prevăzute a se realiza **10.570** controale tematice, reprezentând **38,8%** din numărul de furnizori și s-au realizat controale la **10.151** furnizori însemnând un grad de realizare de 96,03%.

Derularea acțiunilor de control la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale s-a realizat în baza a trei obiective generale :

- verificarea modului de respectare de către furnizor a condițiilor existente la momentul evaluării ;
- verificarea modului de respectare a clauzelor contractuale ;

- verificarea concordantei între serviciile medicale contractate, raportate și decontate de către casele de asigurări și serviciile consemnate în evidențele specifice existente la nivelul furnizorului.

În urma controalelor efectuate în anul 2008 la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a fost imputată suma de 9.437 mii lei, din care au fost recuperați 3.727 mii lei, reprezentând 39,5%. Gradul scăzut de recuperare se datorează faptului că în valoarea totală a sumelor imputate la data de 31.12.2008 sunt cuprinse și sumele imputate furnizorilor de servicii în luna decembrie 2008 și care urmează a fi recuperate în anul 2009.

Situația sumelor imputate și recuperate la 31.12.2008, pe domenii de asistență medicală, este următoarea:

-lei-

Controale la furnizorii de servicii medicale	Sume imputate	Sume recuperate	Grad de recuperare
Asistenta medicala primara	428,831.10	374,745.67	87.4%
Ambulatoriu de specialitate clinic	187,932.40	153,144.05	81.5%
Ambulatoriu de specialitate paraclinic	227,969.96	202,969.78	89.0%
Ambulatoriu de specialitate stomatologic	61,395.19	38,551.90	62.8%
Asistenta medicala spitaliceasca	7,454,471.43	2,132,102.15	28.6%
Asistenta medicala de urgenta si transport sanitar	411,015.54	404,784.54	98.5%
Ingrijiri medicale la domiciliu	74,813.64	74,264.95	99.3%
Asistenta medicala de recuperare-reabilitare	73,644.55	73,590.31	99.9%
Furnizori de medicamente	504,347.22	261,115.15	51.8%
Dispozitive medicale	3,485.63	2,663.31	76.4%
Programe nationale de sanatate	9,230.30	9,230.30	100.0%
TOTAL	9,437,136.96	3,727,162.11	39.5%

b2) Controale la persoane fizice care au obligația să vireze contribuția de asigurări de sănătate la FNUASS.

Din numărul de controale prevăzute să se realizeze în anul 2008, de 2.382 au fost realizate 2.362 de controale, reprezentând un grad de realizare de 99,1%.

Controlul la persoanele fizice care au obligația să vireze contribuția de asigurări de sănătate la FNUASS a vizat următoarele obiective:

- respectarea legislației în vigoare cu privire la obligațiile de constituire și plată la FNUASS;
- verificarea declarării veniturilor estimate și realizate;
- verificarea achitării contribuției în calitate de asigurat;
- stabilirea sumelor datorate la fondul național unic al asiguraților de sănătate.

b3) Controale la persoane juridice sau fizice ai caror salariați au beneficiat de concedii medicale conform O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare

Din numărul de 453 controale prevăzute a se realiza în anul 2008, au fost realizate 404 de controale, reprezentând un grad de realizare de 86,6%.

b4) Controale la persoane fizice care au beneficiat de concedii medicale conform OUG nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare

Din numărul de 312 controale prevăzute a se realiza în anul 2008, au fost realizate 228 de controale, reprezentând un grad de realizare de 73,07%.

6. La nivelul Consiliului de Administrație al Casei Naționale de Asigurări De Sănătate

În anul 2008 s-au desfășurat un număr de 14 ședințe ale Consiliului de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și au fost emise de către acesta, un număr de 22 hotărâri, astfel:

Hotărârea nr. 1 din 17.01.2008 pentru avizarea repartizării pe case de asigurări de sănătate a bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2008;

Hotărârea nr. 2 din 17.01.2008 pentru avizarea condițiilor și criteriilor de selecție pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

Hotărârea nr. 3 din 17.01.2008 pentru avizarea indicatorilor de performanță generali și specifici, modelul de contract de management și cerințele specifice postului de Președinte – Director General al caselor de asigurări de sănătate;

Hotărârea nr. 4 din 26.02.2008 pentru avizarea modificărilor la proiectul Contractului – cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anul 2008;

Hotărârea nr. 5 din 26.02.2008 privind avizarea modificării organigramei Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

Hotărârea nr. 6 din 25.03.2008 privind avizarea raportului de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe anul 2007;

Hotărârea nr. 7 din 15.04.2008 pentru achiziționarea, conform legii, a unei asistențe tehnice în scopul accesării fondurilor structurale ale Uniunii Europene de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

Hotărârea nr. 8 din 15.04.2008 pentru achiziționarea, în condițiile legii, a unui serviciu de consultanță în vederea proiectării soluțiilor de îmbunătățire a funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

Hotărârea nr. 9 din 19.05.2008 privind avizarea modificării și completării Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, aprobat prin H.G. nr. 324/2008;

Hotărârea nr. 10 din 23.06.2008 privind avizarea listei medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală;

Hotărârea nr. 11 din 15.07.2008 privind avizarea modificărilor și completărilor la Normele metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plata contribuției, precum și pentru aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 617/13 august 2007, cu modificările și completările ulterioare;

Hotărârea nr. 12 din 15.07.2008 privind avizarea modificării și completării Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, aprobat prin H.G. nr. 324/2008;

Hotărârea nr. 13 din 15.07.2008 privind avizarea modificărilor și completărilor la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 522/236/2008;

Hotărârea nr. 14 din 11.09.2008 privind aprobarea propunerii bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 și a estimărilor pentru perioada 2010 – 2012;

Hotărârea nr. 15 din 11.09.2008 pentru modificarea și completarea Hotărârii nr. 8/30.05.2006 a Consiliului de Administrație privind aprobarea Statutului – cadru al Caselor de Asigurări de Sănătate;

Hotărârea nr. 16 din 11.09.2008 privind aprobarea încheierii protocolului cu AVAS;

Hotărârea nr. 17 din 11.09.2008 privind avizarea modificărilor și completărilor la Normele metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plata contribuției, precum și pentru aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.617/13 august 2007, cu modificările și completările ulterioare;

Hotărârea nr. 18 din 30.09.2008 pentru avizarea proiectului Contractului - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009;

Hotărârea nr. 19 din 21.10.2008 pentru alegerea Vicepreședintelui Consiliului de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

Hotărârea nr. 20 din 25.11.2008 pentru avizarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009;

Hotărârea nr. 22 din 25.11.2008 pentru respingerea proiectului de hotărâre al Guvernului privind transferul imobilului situat în Brașov, str. Prundului nr.1, din proprietatea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în domeniul public al județului Brașov și în administrarea Consiliului Județean Brașov;

Hotărârea nr. 23 din 19.12.2008 pentru aprobarea modificării ordinului comun nr.1211/325/2006 al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.